

Гиперпластические процессы эндометрия. Рак эндометрия. Саркома матки

**Красильников С.Э., д.м.н., профессор
кафедры онкологии, профессор кафедры
акушерства и гинекологии НГМУ, зав.**

отделением онкогинекологии НООД
*Кафедра Акушерства и гинекологии медицинского
факультета НГУ*

Кафедра онкологии НГМУ

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России (М.И. Давыдов, Е.М. Аксель 2007)



Риск озлокачествления гиперплазии эндометрия (Kurman R.J. et.al. 1985).

Тип гиперплазии	Риск в %
Простая	1%
Сложная	3%
Атипическая гиперплазия	
Простая	8%
Сложная	29%

Длительность наблюдения 13,4 лет, без лечения.
У 74% - обратное развитие; 18% сохранилась без изменений.

Риск озлокачествления гиперплазии эндометрия (Kurman R.J. et.al. 1985).

Тип гиперплазии	Риск в %
Простая	1%
Сложная	3%
Атипичическая гиперплазия	
Простая	8%
Сложная	29%

Длительность наблюдения 13,4 лет, без лечения.
У 74% - обратное развитие; 18% сохранилась без изменений.

ФАКТОРЫ РИСКА	Отн. риск	
Раннее менархе	1,6—4,0	
Поздняя менопауза	2,4	
Отсутствие родов	3—5	
ЗГТ (эстрогены)	2,3 (2—8)	Smith D.C. et al, 1975; Grady D. et al, 1995
Последовательные пероральные контрацептивы, ЗГТ (эстрогены + прогестагены)	?	
Ожирение (Swanson C.A. et al, 1993)	3—10	Austin H. et al, 1991;
Синдром склерокистозных яичников	нет данных	
Эстроген-секретирующие опухоли яичников	нет данных	
Облучение малого таза	8	
Синдром Линча типа II	3	
Рак молочной железы, толстой кишки или яичников в анамнезе	1,5—3,0	
Семейный анамнез рака тела матки	1,3—2,8	
Сахарный диабет	3	Weiderpass E., 1997
Прием тамоксифена Andersson M., 1991; Rutqvist L.E. et al, 1993; Cook L.C, 1995	2,6—4,1 (1,9—7,5)	NSABP B-14 & B-24; Fornander T., 1989;

Гиперплазия эндометрия — изменения желез и стромы эндометрия при гиперэстрагении (*Gordon M.D. 1994*)

Простая

Сложная

Атипическая

Атипическая



чувствительна к
гормонотерапии у 84%

Чувствительна к
гормонотерапии у 50%

- Гиперменорея, полименорея > 6мес.;
- Кровотечения в менопаузе <1 мес.;
- Случайная находка при УЗТ.

Аспират из полости матки;
Раздельное диагностическое выскабливание матки

Увеличение толщины эндометрия отмечается при:

- гиперплазии эндометрия;
- полипах эндометрия;
- гипертрофических формах эндометрита;
- эктопической беременности;
- персистенции кистозного желтого тела;
- синдроме хронической ановуляции;
- лечении тамоксифеном;
- раке эндометрия;
- карциносаркоме матки;
- эндометриальной стромальной саркоме матки.



Особенности эндометрия у больных, принимающих тамоксифен по поводу РМЖ

- В настоящее время для гормонотерапии РМЖ широко используется антиэстроген тамоксифен, являющийся «золотым стандартом» адъювантной гормонотерапии.
- Под влиянием тамоксифена повышается частота доброкачественных пролиферативных изменений эндометрия.
- Так называемая **ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ** эндометрия встречается почти у каждой третьей женщины (31,3%), находящейся в периоде постменопаузы.

Диагностика гиперпластических заболеваний матки.

- **Гинекологическое исследование + пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов;**
- **Аспирационная биопсия эндометрия (информативность до 98%)**
- **Гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание;**
- **Ультразвуковое исследование с применением трансвагинального датчика.**

Ультразвуковая томография

- Рациональное и своевременное использование УЗТ при гиперпластических процессах эндометрия вносит существенный вклад в диагностику субклинических форм рака эндометрия .
- ЭХОГРАФИЯ не может заменить морфологическое исследование.



- **Одной из задач трансвагинальной эхографии является выявление контингента пациенток, которым показана:**
 - **аспирационная биопсия эндометрия;**
 - **раздельное диагностическое выскабливание матки;**
 - **консервативная терапия или динамическое наблюдение.**
- **УЗТ позволяет проводить точное измерение толщины и оценку изображения структуры слизистой матки у большинства (особенно тучных) пациенток.**

Методика ультразвукового исследования эндометрия

Продольная плоскость



Поперечная плоскость



Retroflexio

- **УЗ -параметры оценки эндометрия:**
 - толщина и структура.

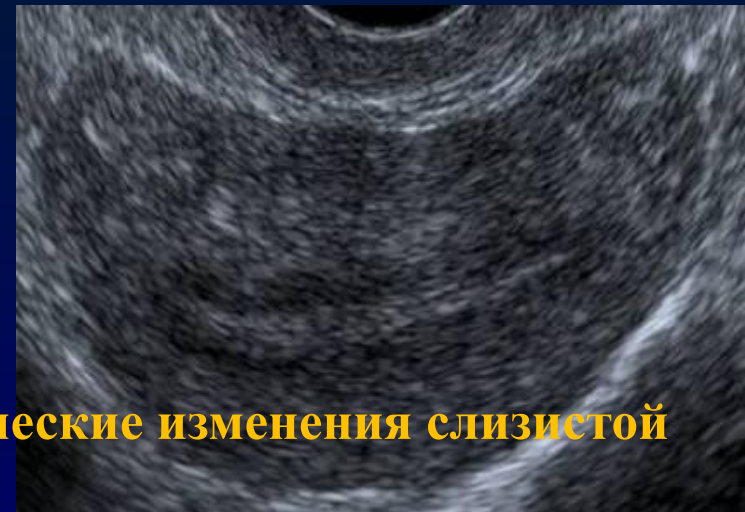
- **Толщина эндометрия (ТЭ) –**
 - передне-задний размер при продольном сканировании
 - не включает в себя внутренний гипоэхогенный слой миометрия
 - представляет собой толщину двух слоев слизистой матки

- **«Ширина» эндометрия – условно размер в поперечной плоскости, измеренный на уровне устьев маточных труб.**

- **Толщина эндометрия в постменопаузе:**
 - при ТЭ < 6 мм гистологически – атрофические изменения слизистой
 - при ТЭ >6 мм – патология эндометрия



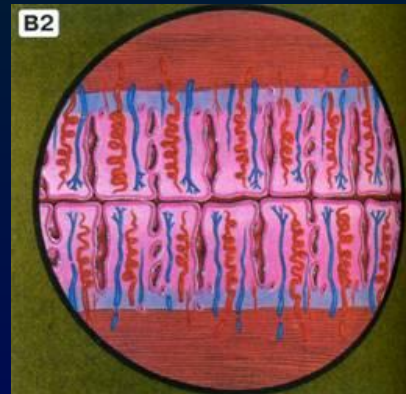
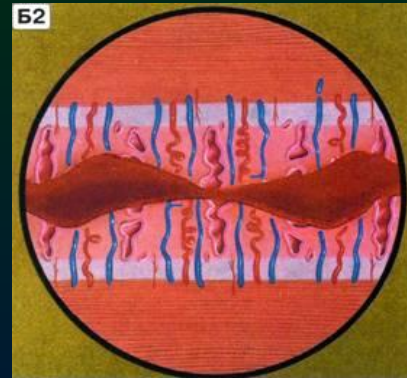
Репродуктивный возраст:
наружный базальный слой и
внутренний функциональный



Ультразвуковое изображение эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла

- Ранняя стадия фазы пролиферации - структура эндометрия - изоэхогенная, толщина 4-6 мм.
- Перивуляторный период: эндометрий в виде многослойной структуры. толщина эндометрия 5-8 мм.

В фазу секреции структура эндометрия повышенной эхогенности, появление эффекта усиления звукопроводимости. толщина эндометрия 12-14 мм

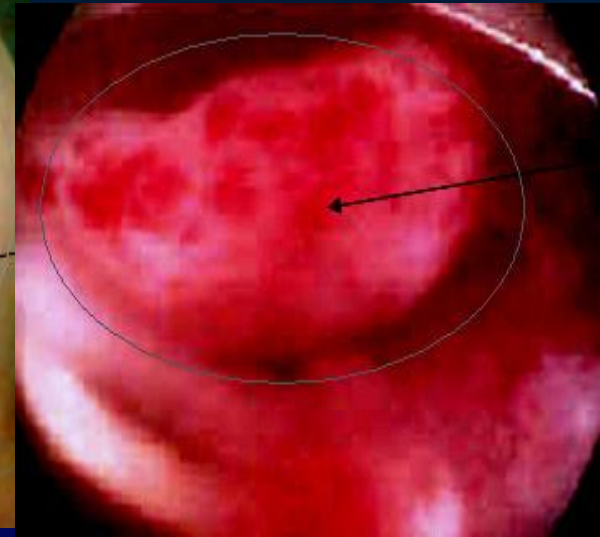
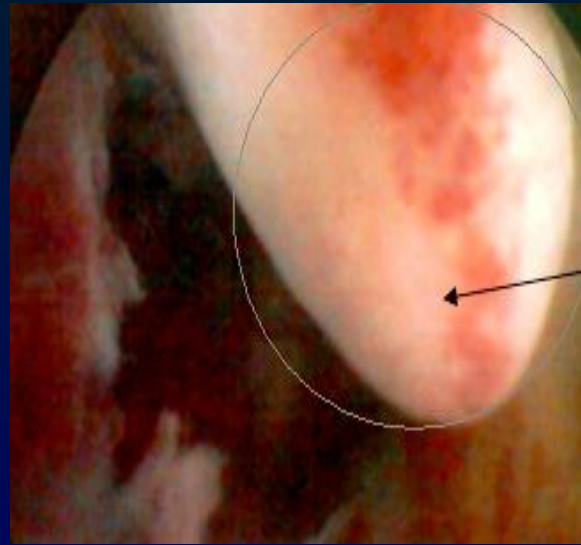


Гистероскопия.

- Согласно рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения, пациентка с гиперплазией эндометрия не может считаться полностью обследованной, если ей не была проведена гистероскопия.
- Прицельная биопсия эндометрия повышает точность диагностики до 100%.

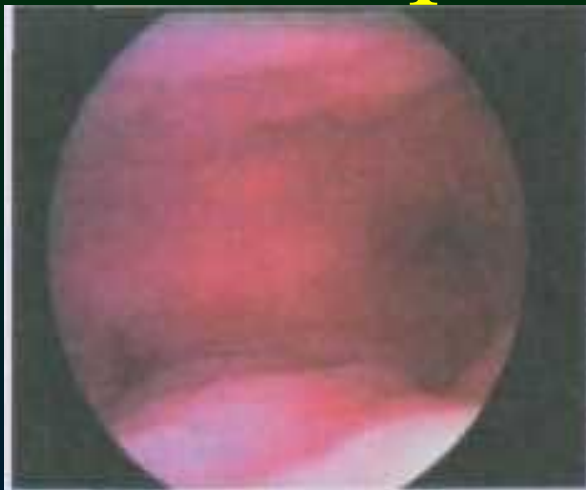


норма



Полип эндометрия

Гистероскопия.



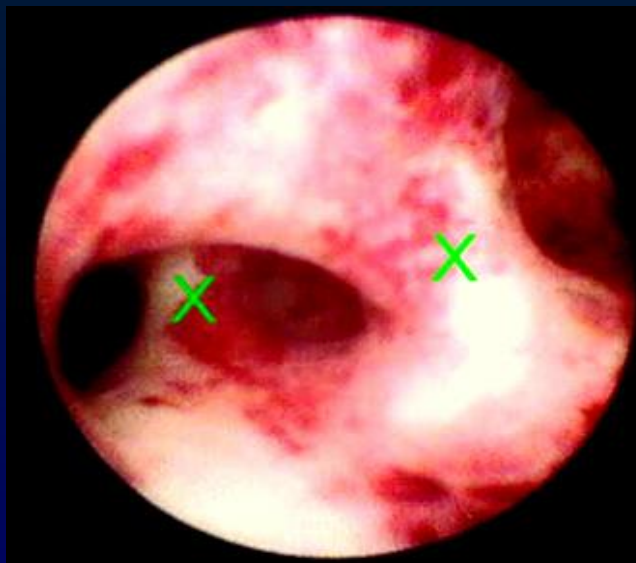
Фаза пролиферации



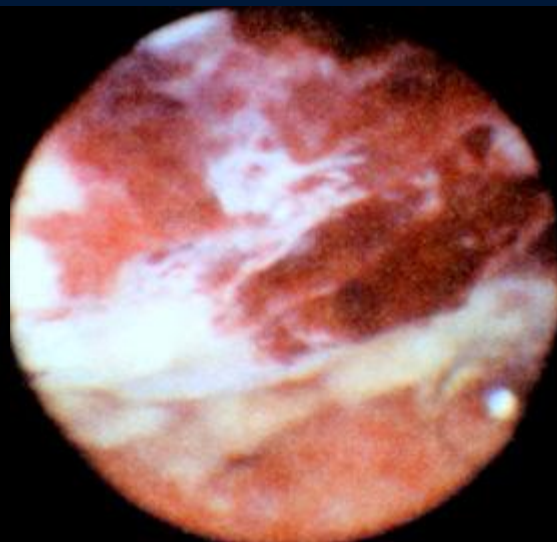
Фаза секреции



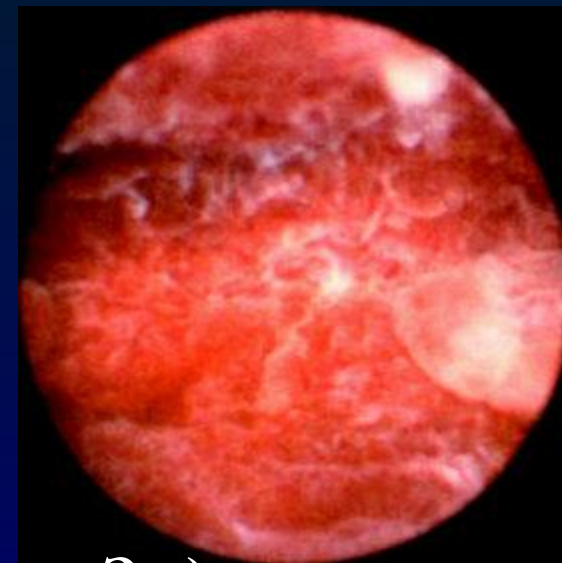
Полип эндометрия



Гиперплазия Э



Рак эндометрия



Эндометрит

Принципы лечения гиперплазии эндометрия.

ВОЗРАСТ БОЛЬНОЙ

Репродуктивный

**Пременопауза и ранняя
менопауза <1 года**

Менопауза

Задача лечения

**Восстановить
овуляцию**

**Подавить менструальную
функцию**

**Вызвать атрофию
эндометрия**

Приоритетный метод лечения

Гормонотерапия

**Гормонотерапия
и/или хирургия**

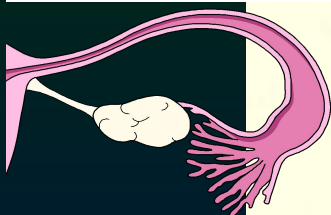
Хирургия

Мишени для гормонотерапии

агонисты РГ ЛГ

Гонадотропины
(ФСГ + ЛГ)

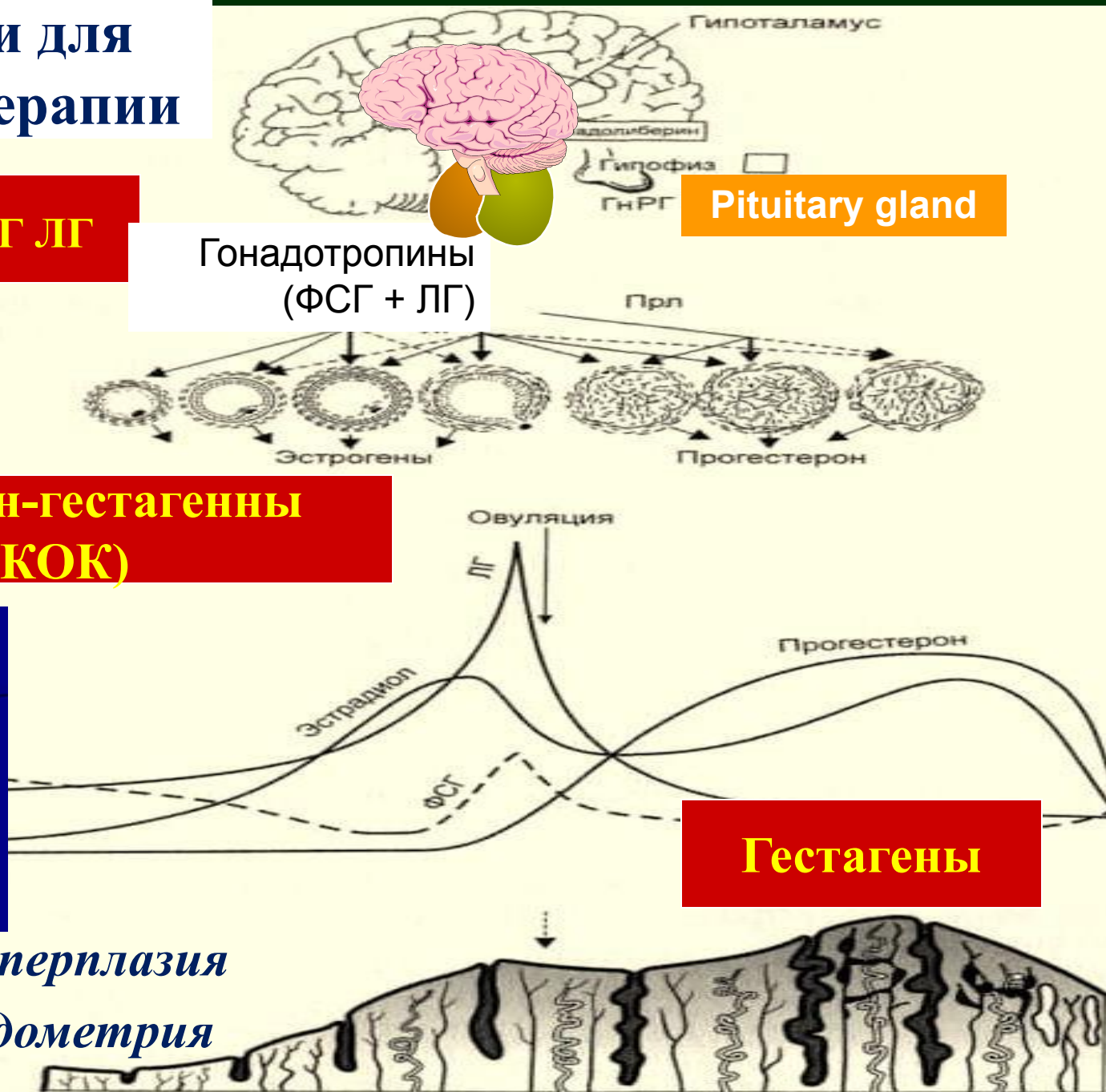
Pituitary gland



Эстраген-гестагены
(КОК)



Гиперплазия
эндометрия



Гестагены

Репродуктивный возраст больной ГЭ.

Цитологический или морфологический диагноз:
простая или сложная гиперплазия эндометрия (ГЭ)
без атипии клеток (риск РТМ 1-2%)

Восстановить овуляцию

Эстраген-гестагены:
**ЖАНИН,
ЯРИНА, ДЖЕС**

Контроль по аспирату из ПМ и
УЗИ (в первую фазу цикла)
через 3, 6 мес и 1 год

При малой эффективности эстроген-гестагенных препаратов - перейти на
дюфастон по 20 мг в сутки с 11-14 по 25 дни цикла,
синтетические агонисты РГ ЛГ применяются при противопоказаниях ЭГП.

Данные анамнеза	Симптомы	Приоритет в выборе препарата.
Характер менструации	удлиненный, обильные, иногда болезненные	Выраженные симптомы: Низкая доза эстрагенов, высокая доза гестагенов: Новинет, Ригевидон, Овидон, Микрогинон и т.д.
Межменструальные кровотечения	есть	
Предменструальная напряженность молочных желез	есть	
Эмоциональная лабильность	невротического характера	
Сухость влагалища	есть	
Миома	есть	При невыраженных симптомах: Жанин, Регулон, Фемоден, Силест, Три-Регол, Тризистон и т.д.
Мастопатия	есть	
Эндометриоз	есть	

Принципы лечения при АГЭ (репродуктивный возраст).

Атипичическая гиперплазия эндометрия (АГЭ).
Риск развития РТМ – 3%

Гистероскопия. обязательно РДВ.

Необходимо подавить
менструальную функцию > 6 мес.,
нормализовать эндометрий

Гестагены:
дюфастон 20мг 14/16-26 дни,
провера 10мг 16 -26дни,
МИРЕНА,
утрожестан 400мг

синтетические агонисты РГ ЛГ:
гозерелин (Золадекс),
лейпрорелин (Люкрин-депо),
Трипторелин (Декапептил,
Диферелин),
Бусерелин



Принципы лечения при ГЭ без атипии (предклимактерический и ранний климактерический период).

гиперплазия эндометрия без атипии клеток (ГЭ).
Риск развития РТМ - 5%.

Гистероскопия. обязательно РДВ.

Необходимо подавить
менструальную функцию.

Гестагены:
дюфастон 20мг, провера 10мг
(непрерывный режим),
МИРЕНА,
утрожестан 400мг

Контроль по аспирату из ПМ и
УЗИ через 3, 6мес и 1 год

Аблацио эндометрия,
гистерэктомия

Принципы лечения при атипичической ГЭ (предклимактерический и ранний климактерический период).

**гиперплазия эндометрия с атипией клеток (АГЭ).
Риск развития РТМ : простая АГЭ – 8%, сложная АГЭ -29%**

Гистероскопия. обязательно РДВ

**Контроль по РДВ и
УЗИ через 3, 6мес и 1 год**

**Гестагены: 17-ОПК,
провера 10мг
МИРЕНА**

**Предпочтение хирургии:
аблацио эндометрия,
Эндоскопическая
гистерэктомия**

Принципы лечения при простой и атипической ГЭ (климактерический период более года).

гиперплазия эндометрия
без атипии клеток (ГЭ).
Риск РТМ 30- 35%

гиперплазия эндометрия
с атипией клеток (АГЭ).
Риск РТМ 60%

Гистероскопия. обязательно РДВ

Наблюдение и контроль по РДВ и
УЗИ через 3, 6мес и 1 год

Полное обследование,
колоноскопия
маммография
Гестагены: 17-ОПК,
провера 10мг

ХИРУРГИЯ !
аблацио эндометрия,
Гистерэктомия.

Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

Гестогены	Без атипии клеток	атипия клеток
Медроксипрогестерон 10-20 мг/сут Депо-Провера: инъекционная суспензия 3,3 мл и 6,7 мл во флаконах. «Фармация и Апджон» Провера: таблетки 5 мг. «Фармация и Апджон» Циклотал: таблетки 100 мг и 500 мг. «Си Эс Си»	84% рецидив 6%	50% Рецидив 25% и 25% рак
Мегестрол 20-40 мг/сутки (Мегейс, Мегаплекс, Мегестрола ацетат)	18(24,3%)	21(60%)
Гестонорона капроат (Депостат 200-400 мг каждые 7 дней -12 недель	-	57%

Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

агонисты гонадотропных релизинг-гормонов	Без атипии клеток	атипия клеток
<p>Золадекс 3,75мг/ в 28 дней Бусерилин 150мкг Х3 раза в сутки интранозально , в первые 1-2 дня менструации или 3,75 мг п/к раз в 28 дней; лейпролид ацетат трипторелин 525мкг (депо форма 4,12 мг) + тиболон 2,5мг ежедневно</p>	<p>98%, рецидив 2,3%</p>	<p>60-70%</p>

Эффективность гормонотерапии гиперплазии эндометрия

Гестогены	Без атипии клеток	атипия клеток
Дидрогестерон (Дюфастон) 10-20 мг/сутки 5-26 дни	80%, рецидив 15%	40%

Сопутствующая терапия:

**Препараты железа , препараты для снижения массы
тела (меридиа, ксеникал, фенотропил), препараты
магния (Магний В6), Лонгидаза.**

Принципы лечения гиперплазии эндометрия

Эстроген –гестагенные препараты:

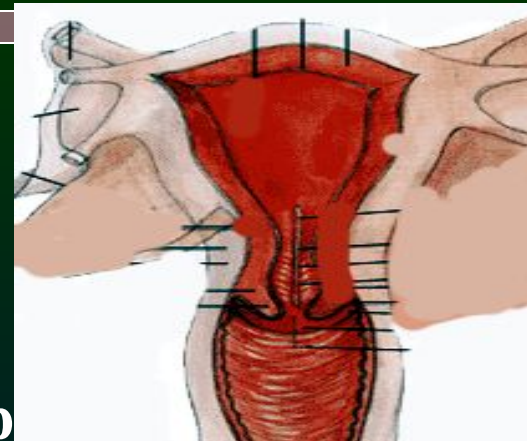
Логест, Жанин, Минизистон и др: гестоден 0,075 мг или диеногест 2мг, левоноргестрел 125 мкг и этинилэстрадиол 0,02 -**0,05**мг

**Нормализация
менструального цикла**

Восстановленная овуляция после отмены

Подавление пролиферации эндометрия

Рак тела матки



- Первое ранговое место по заболеваемости раком женских половых органов, четвертое – по онкологической заболеваемости среди женщин.

- Седьмое ранговое место среди причин смерти от злокачественных опухолей у женщин.

- Существует два патогенетических варианта рака эндометрия. Первый вариант – гормонозависимая опухоль, второй – не гормонозависимая;

- 80% больных старше 50 лет, диагностируется в I стадии у 40% больных.

Скрининг !?

- Трансвагинальное УЗИ, аспирационная биопсия эндометрия, исследование СА-125 непригодны для скрининга из-за высокой стоимости и недостаточной информативности;
- В настоящий момент еще нет рекомендаций по созданию групп риска РТМ: ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, поздняя менопауза, колоректальный рак и проведению скрининга именно в них;
- У 70—80% больных распространенность опухоли соответствует I—II стадиям (FIGO) (Abeler V.M. et al, 1991; Pettersson F., 1995)
- Опухоль растет достаточно медленно, поэтому отсутствие скрининга мало влияет на выживаемость (Menczer J. et al., 1995)

Современная ультразвуковая техника позволяет проанализировать **более половины факторов прогноза.**

**Сонография
РТМ.**

- **Возраст**
- **Гистологический тип опухоли**
- **Степень дифференцировки опухоли**
- **Глубина инвазии миометрия**
- **Переход на перешеек или шейку матки**
- **Метастазы в яичниках, метастазы в лимфоузлах**
- **Диссеминация по брюшине**
- **Размеры опухоли**
- **Наличие опухолевых эмболов в лимфатических щелях**
- **Наличие опухолевых клеток в смывах из брюшной полости**
- **Содержание рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли**

Информативность различных факторов прогноза при РТМ



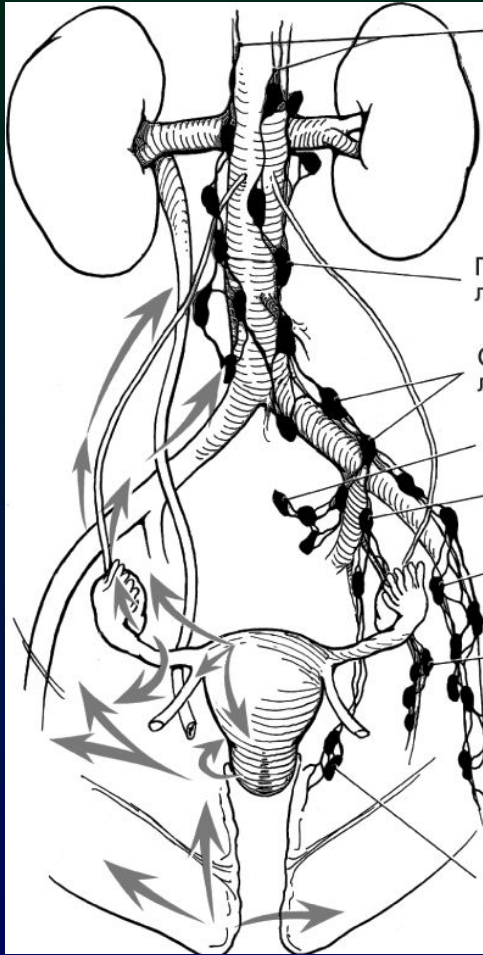
Основные направления в диагностике РТМ.

- Ранняя, доклиническая диагностика гиперпластических процессов эндометрия;
- Поиски признаков начальных стадий рака эндометрия;
- Определение местного распространения опухоли;
- Выявление регионарных и отдаленных метастазов;
- Ультразвуковой мониторинг гормональной и лучевой терапии, а также раннее выявление рецидивов заболевания.

- «Регионарные лимфатические узлы могут стать либо губительной ловушкой, либо оазисом для мигрирующих опухолевых клеток»

Д.Лейтон (1967)

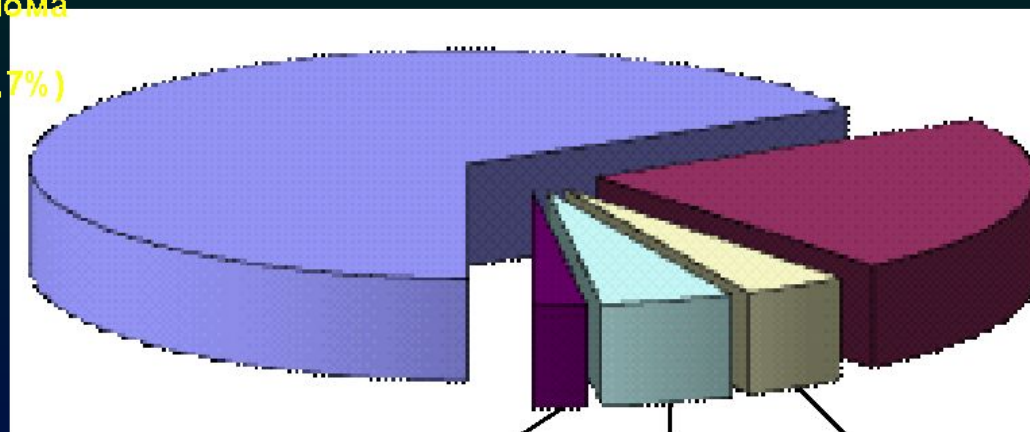
Пути метастазирования



- **I клиническая стадия**
 - тазовые лимфатические узлы — 10%
 - поясничные лимфатические узлы — 6%
- **II клиническая стадия**
 - тазовые лимфатические узлы — 36%
 - поясничные лимфатические узлы — 23%

Гистологические варианты РТМ.

Аденокарцинома
(68
больных, 66,7%)



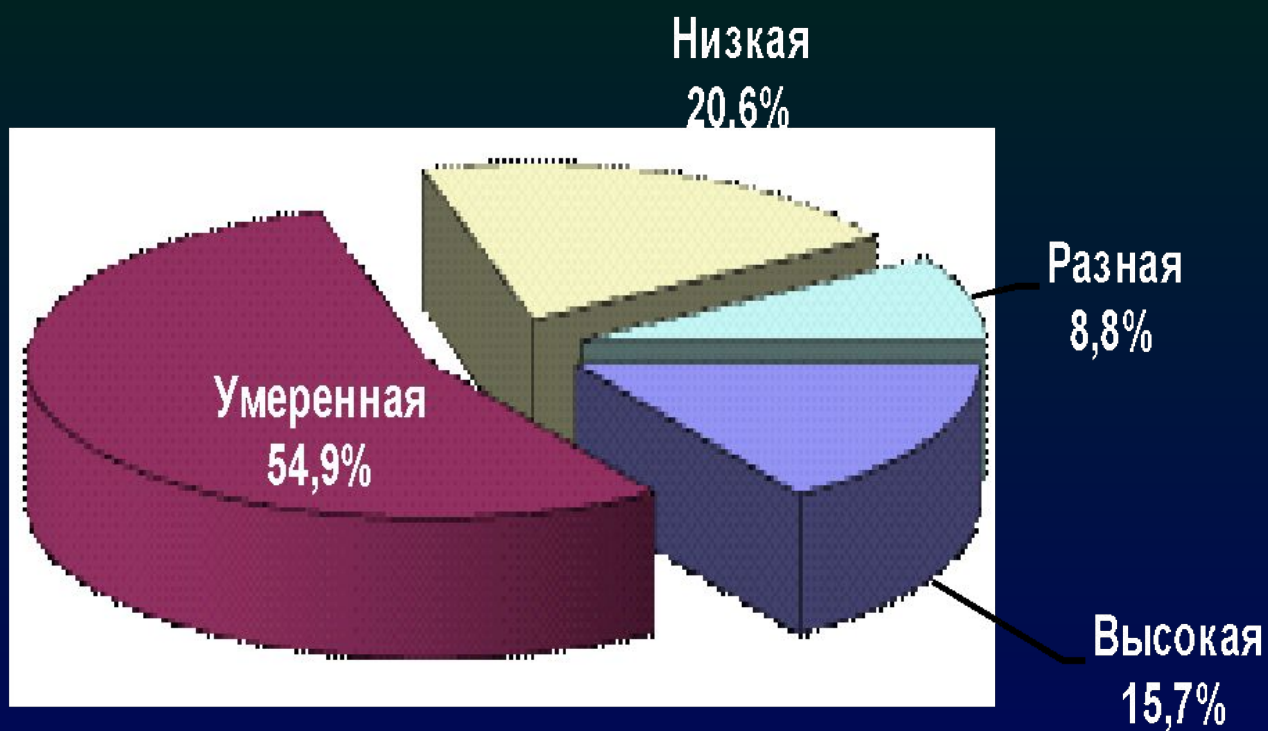
Аденокарцинома с
плоскоклеточной
метаплазией
(23
больные, 22,5%)

Папиллярный
серозный рак
(2 больные, 2,0%)

Плоскоклеточный
рак
(5 больных, 4,9%)

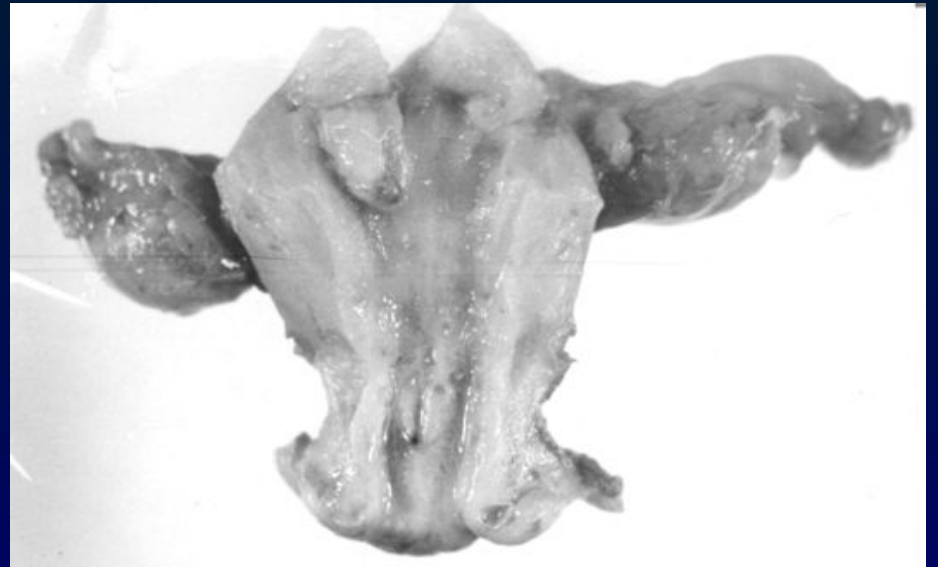
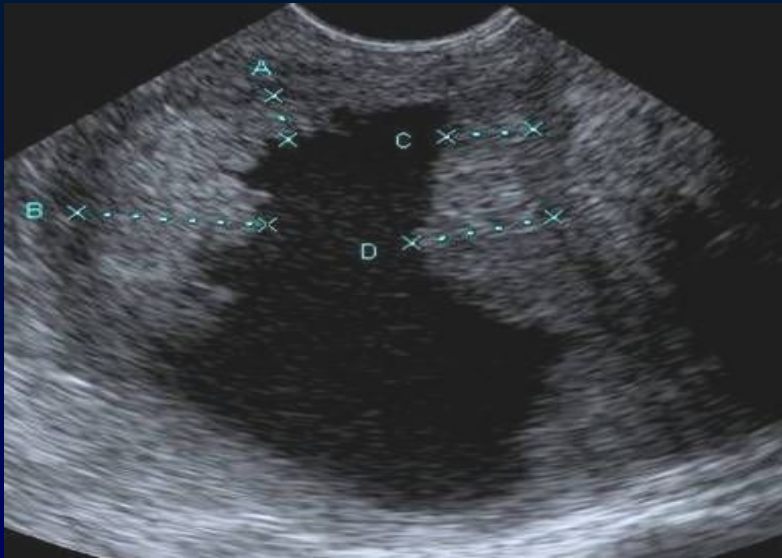
Светлоклеточный
рак
(4 больные, 3,9%)

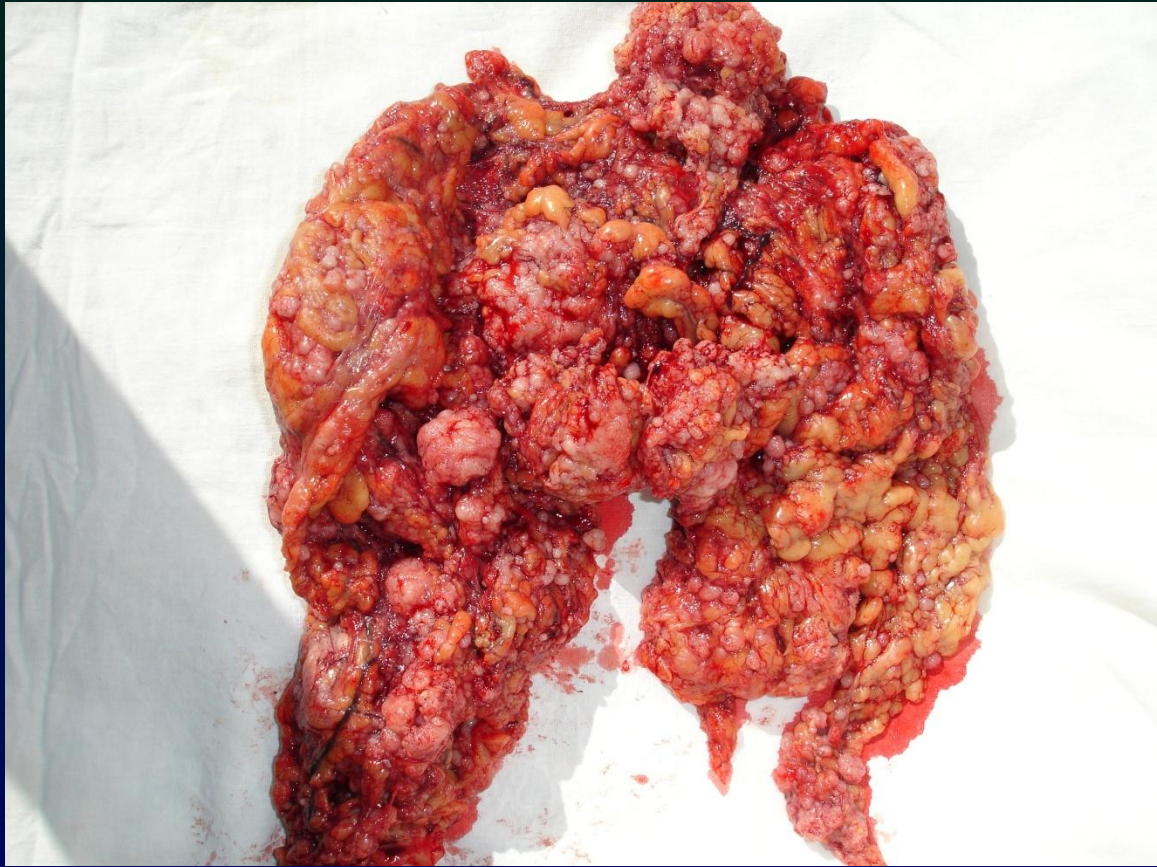
Степень дифференцировки опухоли РТМ

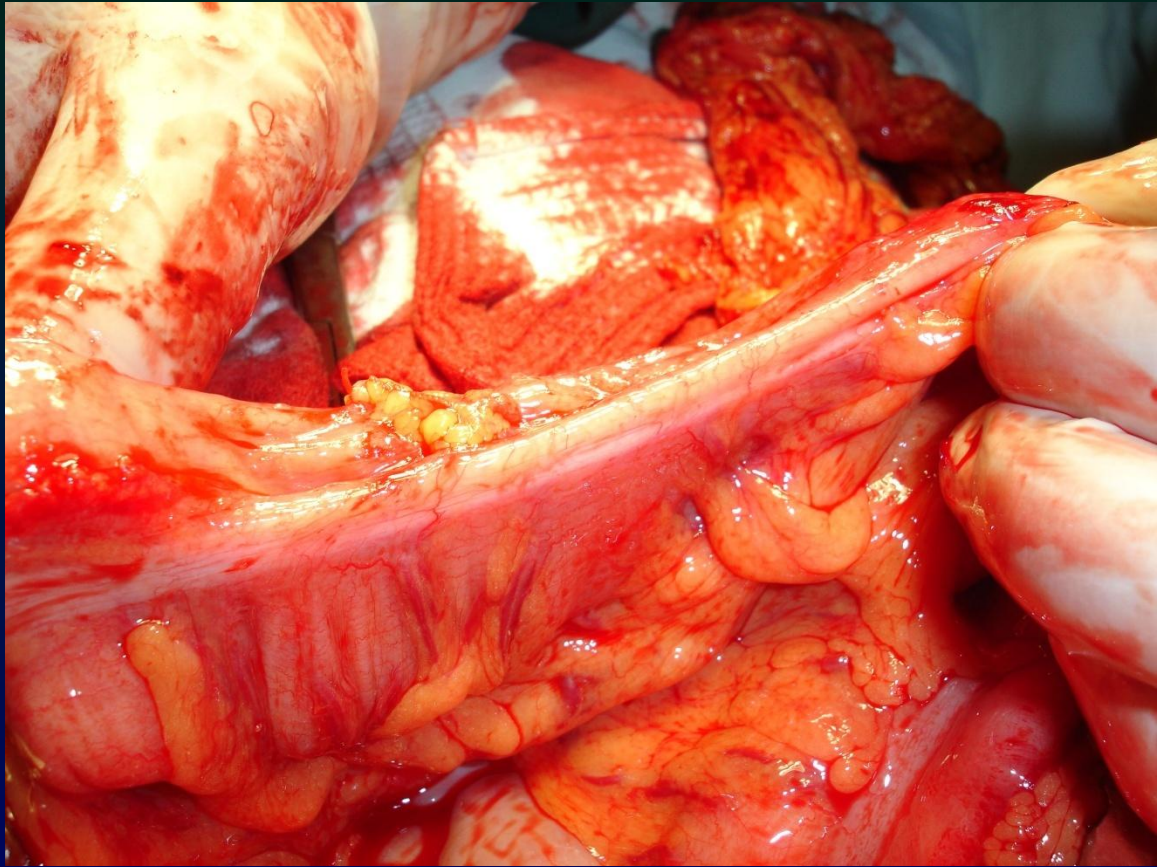


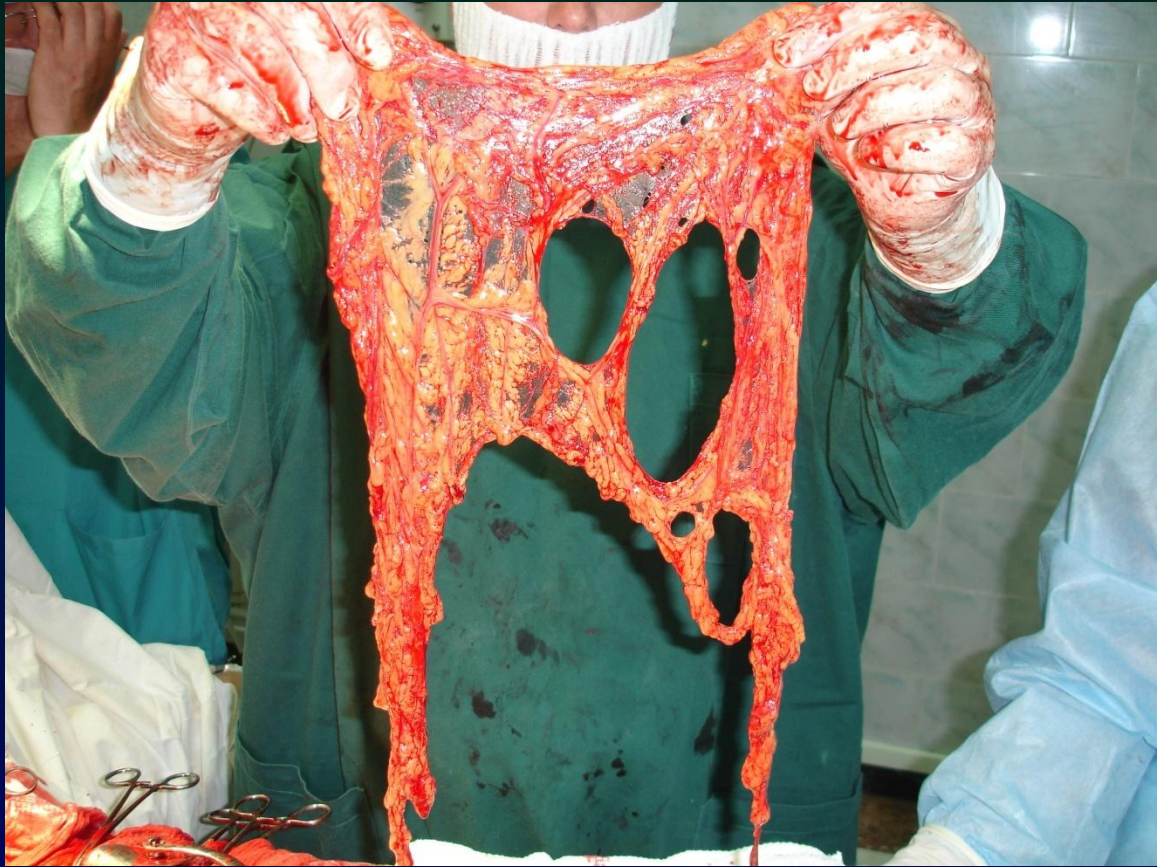
УЗ-диагностика РТМ

T1a	IA	Опухоль не выходит за пределы эндометрия
T1b	IB	Опухоль прорастает не более чем на $\frac{1}{2}$ толщины миометрия
T1c	IC	Опухоль прорастает более чем на $\frac{1}{2}$ толщины миометрия

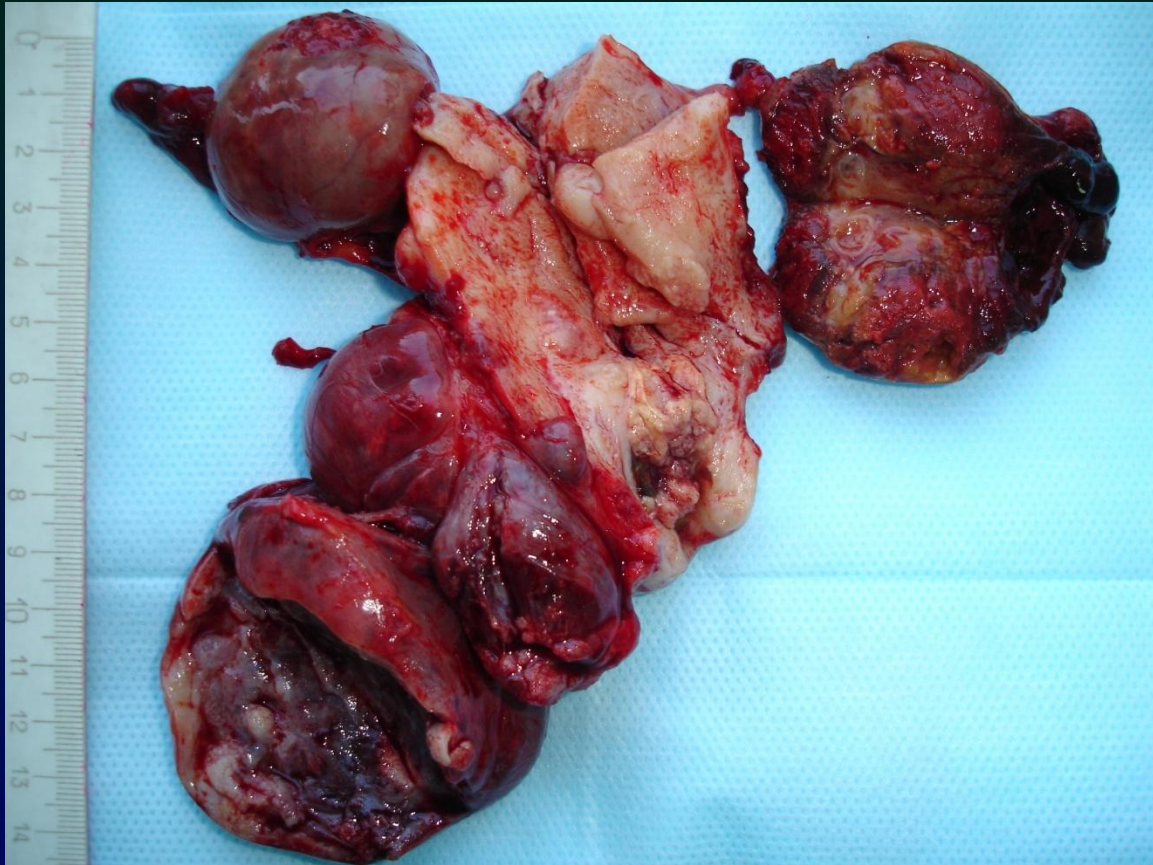






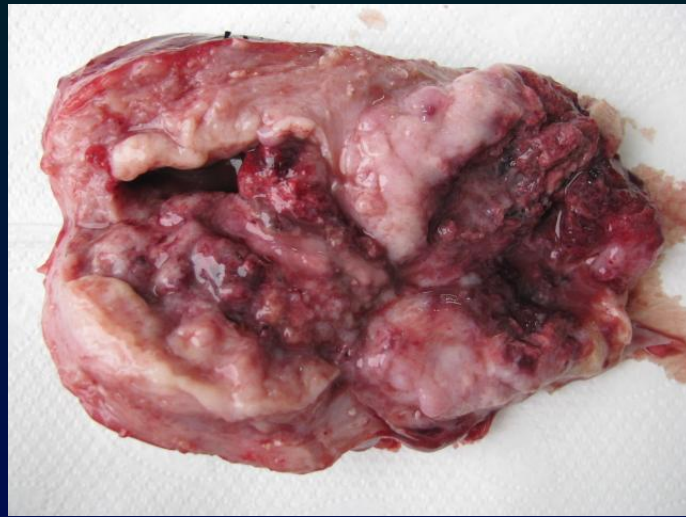


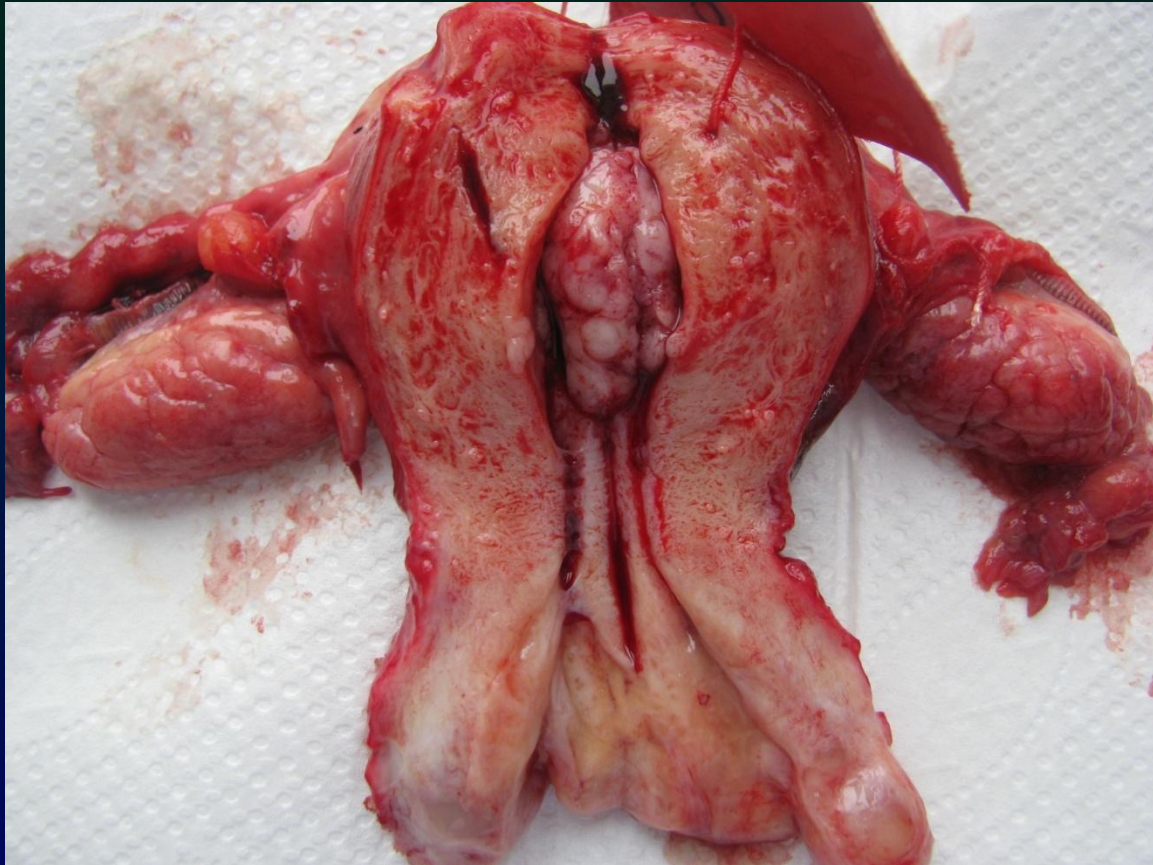


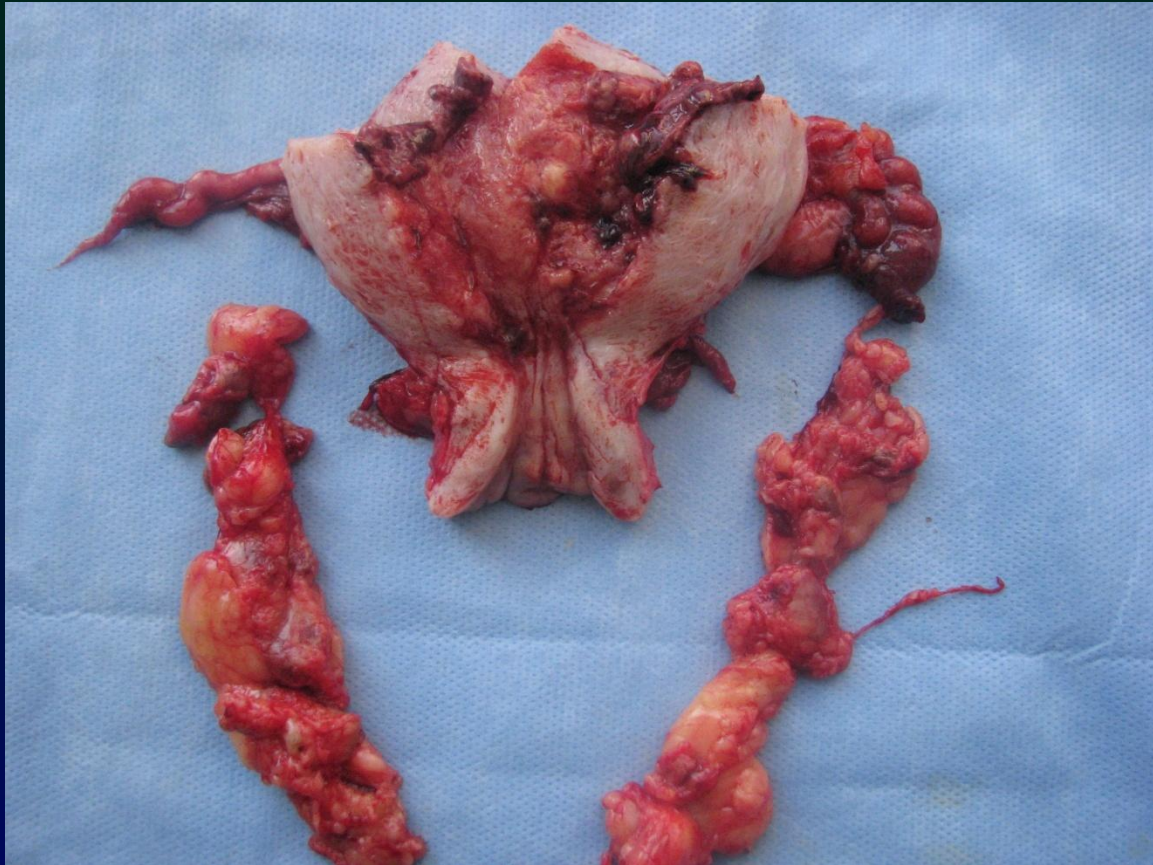


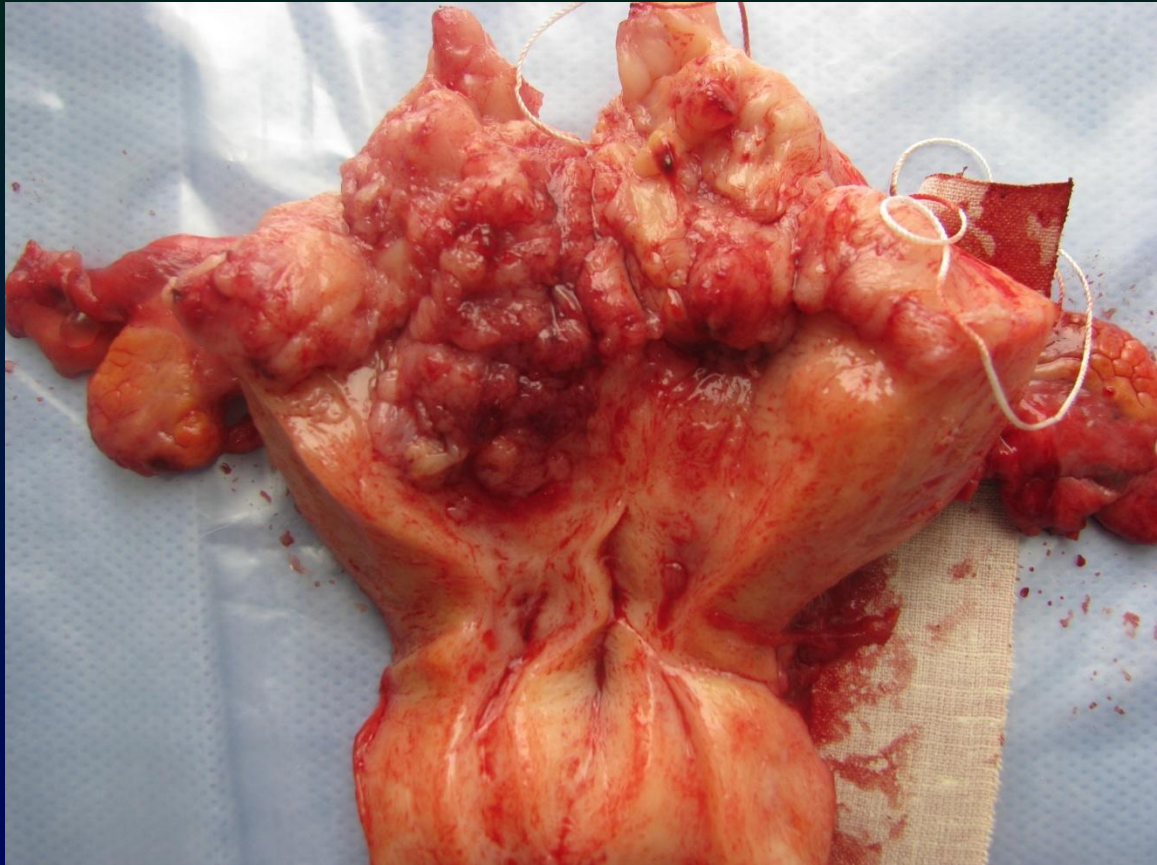


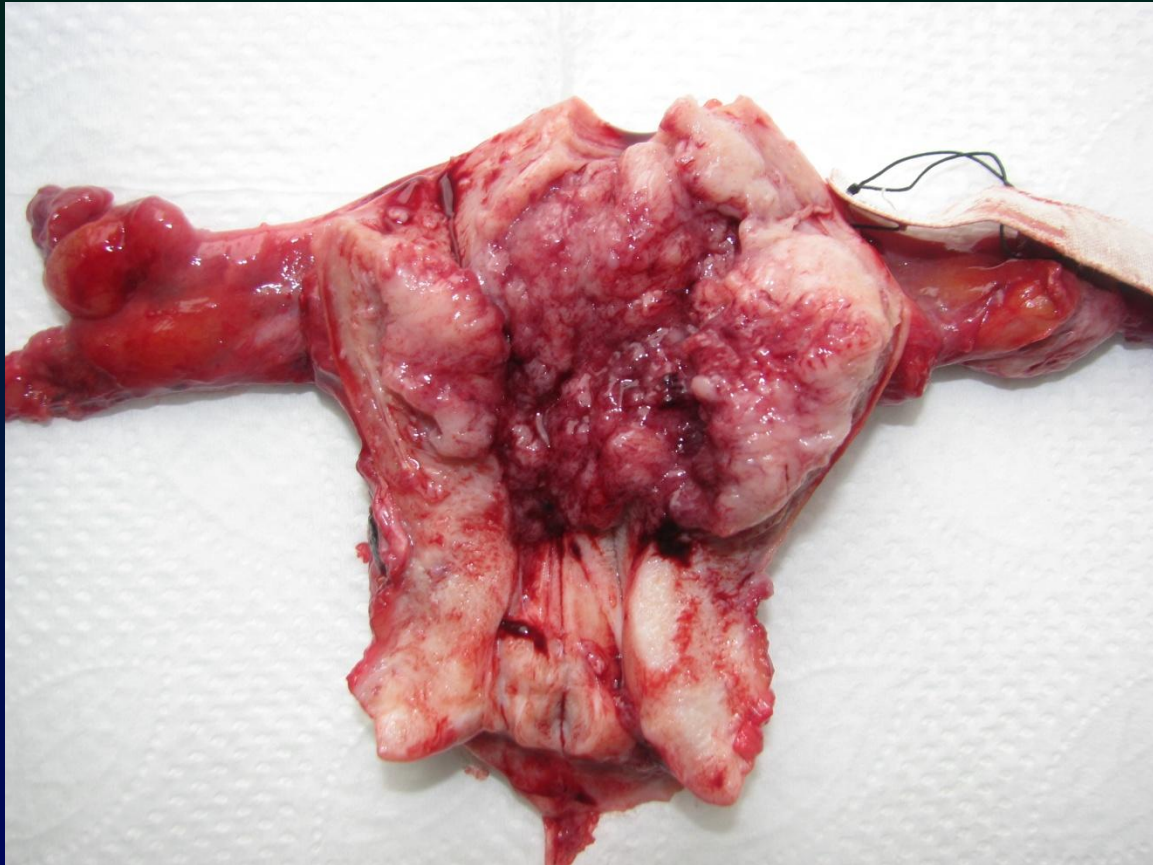




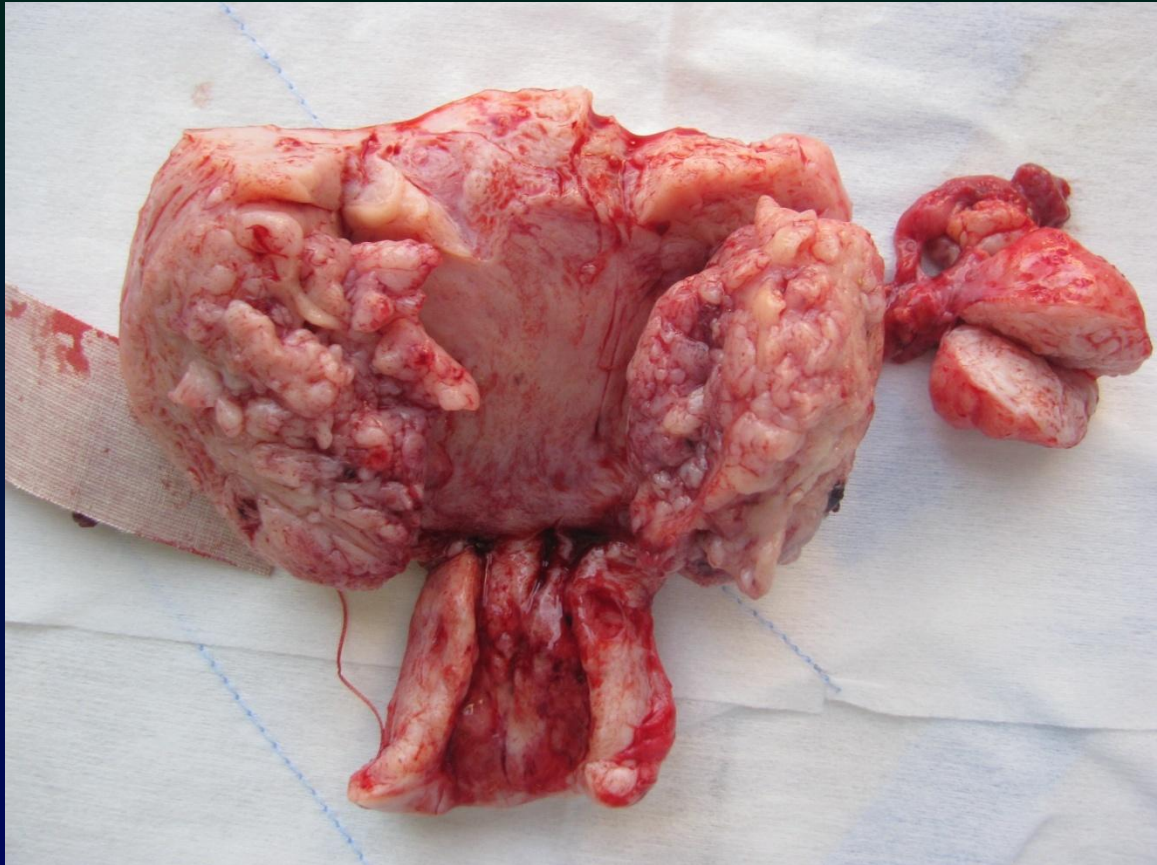






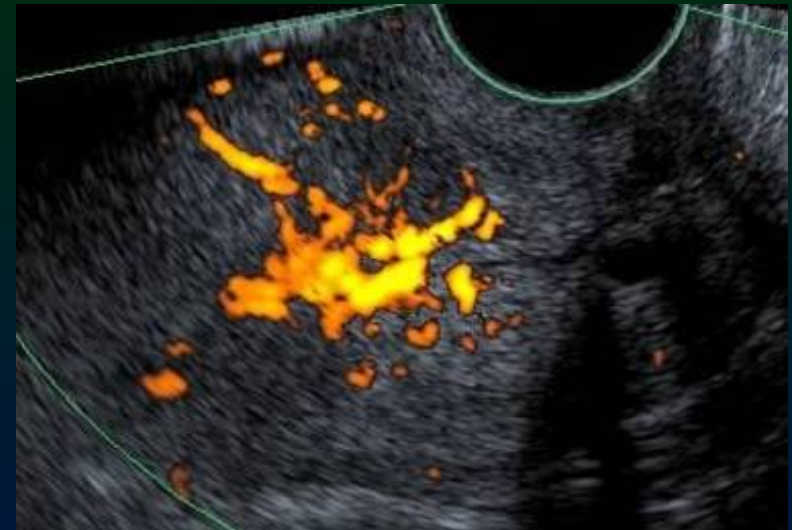






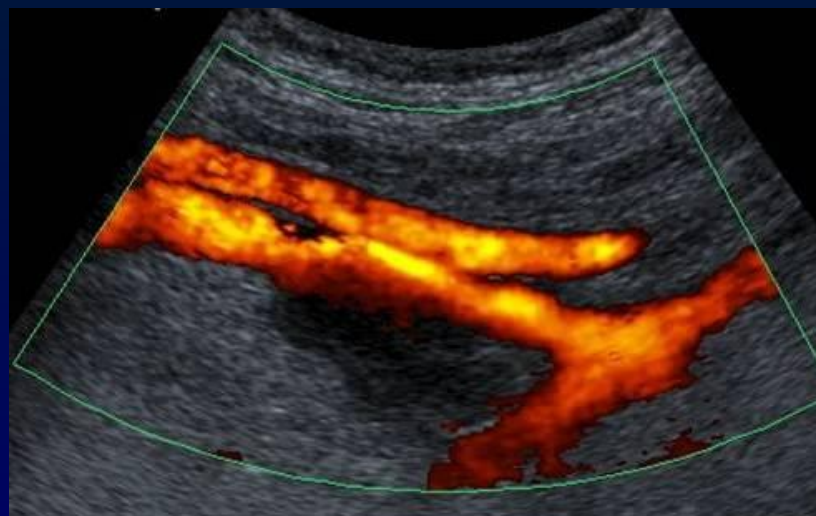
Возможности эхографии при определении стадии РТМ

T2	II	Опухоль прорастает в шейку матки, но не выходит за пределы матки
T2a	IIA	Поражение только слизистой шейки матки
T2b	IIB	Поражение стромы шейки матки



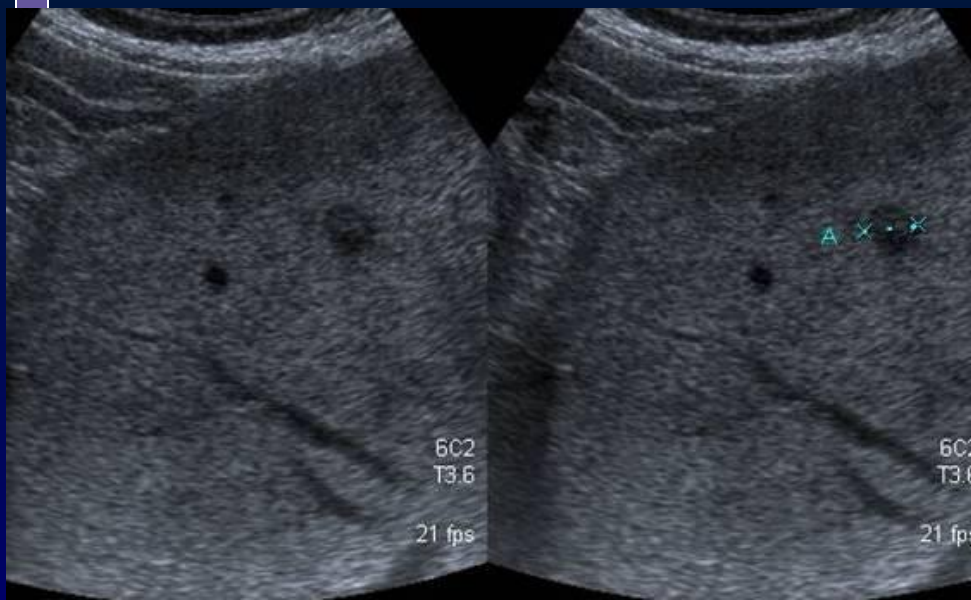
Возможности эхографии при определении стадии РТМ

T3 и/или N1	III	Местное и/или регионарное распространение
T3a	IIIA	Опухоль поражает серозную оболочку и/или придатки матки (прорастание или метастазы) и/или наличие раковых клеток в жидкости из брюшной полости
T3b	IIIB	Опухоль поражает влагалище (прорастание или метастазы)
N1	IIIC	Метастазы в тазовых и/или парааортальных лимфоузлах



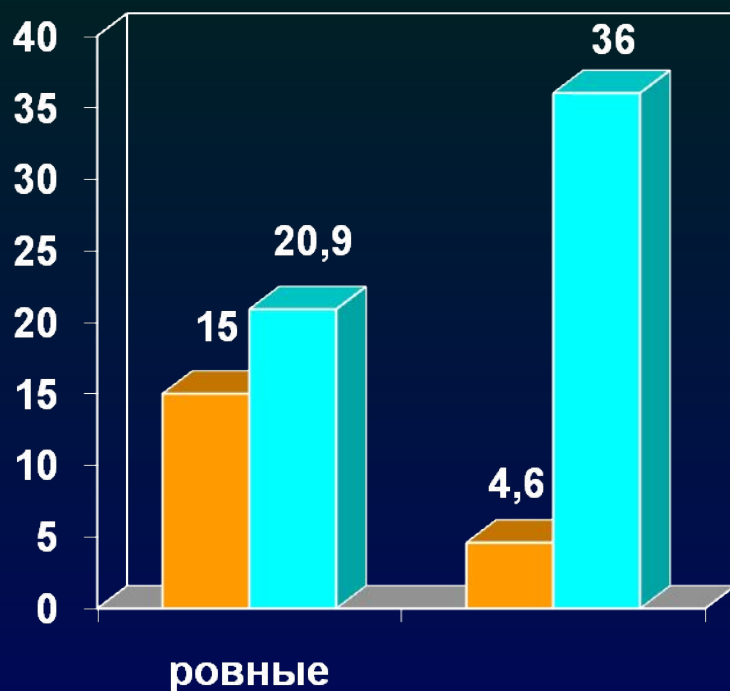
Возможности эхографии при определении стадии РТМ

T4	IVA	Распространение опухоли на слизистую мочевого пузыря и/или кишечника
M1	IVB	Отдаленные метастазы



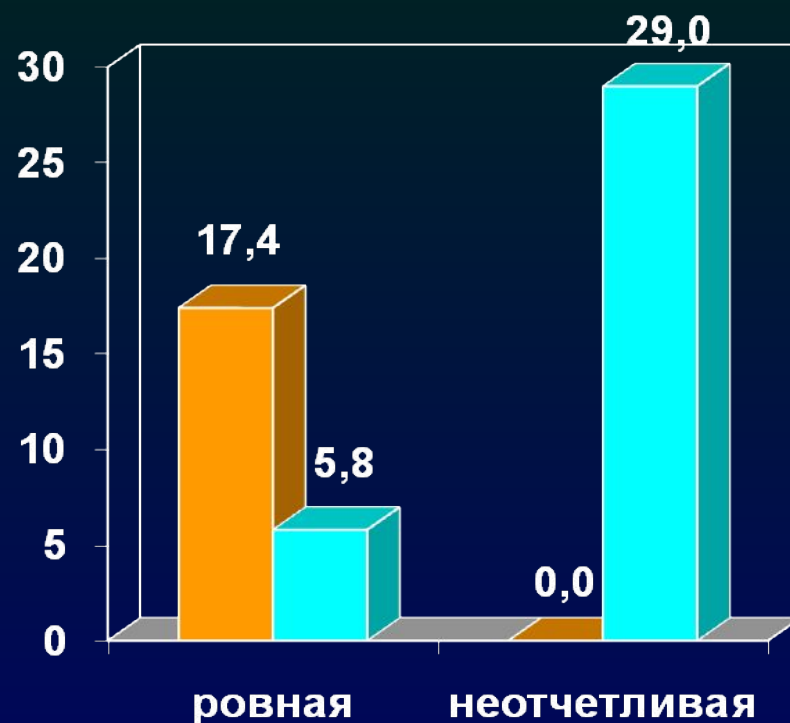
Ультразвуковые признаки инвазии опухоли эндометрия в миометрий

Контуры гипоэхогенного ободка



- поверхностная инвазия
- глубокая инвазия

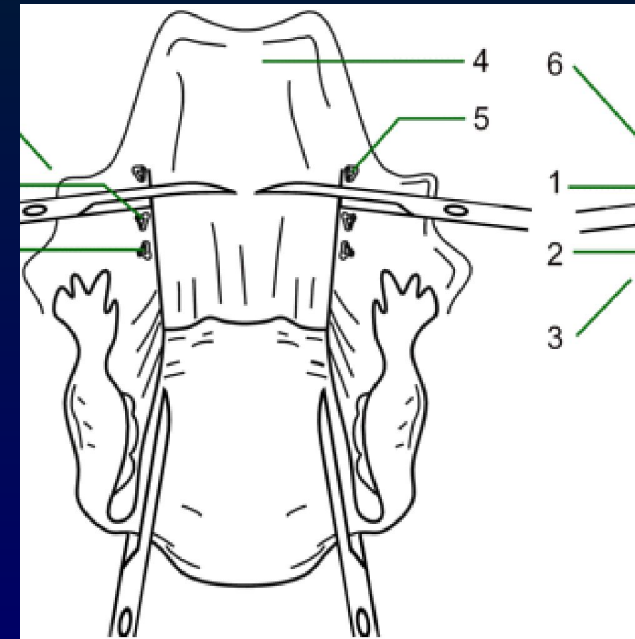
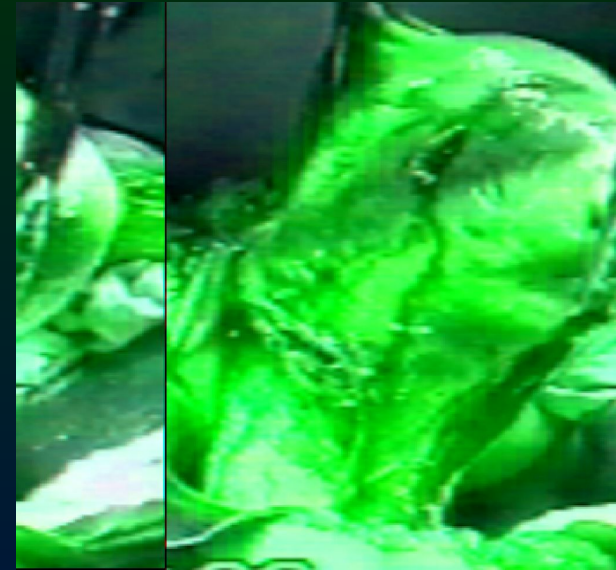
Конфигурация границы между опухолью и миометрием



- поверхностная инвазия
- глубокая инвазия

Обязательные этапы операции при РТМ

1. Лапаротомия
2. Экстрафасциальная экстирпация матки с придатками и смывы из брюшной полости.
3. Ревизия органов брюшной полости, биопсия увеличенных подвздошных, поясничных лимфатических узлов.
4. По показаниям селективная лимфаденэктомия забрюшинных лимфатических узлов, удаление большого сальника при серозном РТМ



Принципы хирургии РТМ.

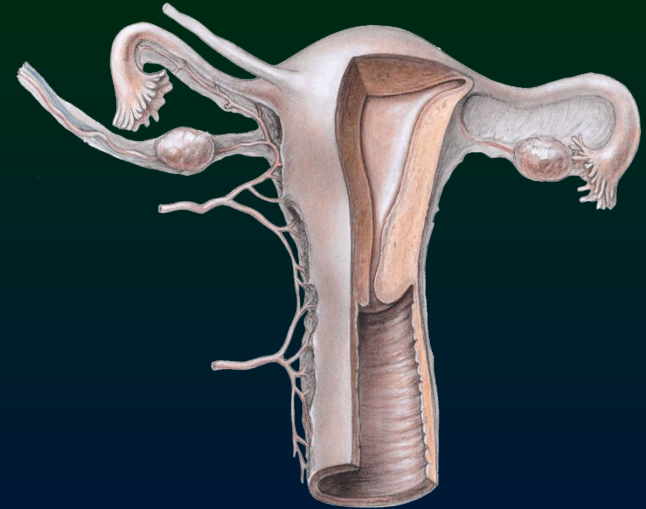
Низкий риск	Экстирпация матки с придатками, смывы из брюшной полости
Промежуточный риск	+ тазовая лимфаденэктомия
Высокий риск	+ поясничная лимфаденэктомия

Органосохраняющее лечение.

- Редкость рака тела матки у женщин детородного возраста не позволяет дать общих рекомендаций по органосохраняющему лечению рака тела матки.
- Согласно современным рекомендациям, абляция и резекция эндометрия при атипичической гиперплазии и раке тела матки вне клинических исследований противопоказаны (Winter R., Pickel H., 2003)
- Сохранение яичников у женщин детородного возраста
 - неадекватное определение морфологической стадии и серьезные ошибки при планировании лечения
 - риск метастазов в яичниках 10,5% (Connell P. et al, 1999)
 - синхронный и метасинхронный рак яичников наблюдается в 1,4—3,8% случаев рака женских половых органов (Prat J., 1991)
 - после лечения возможна заместительная гормональная терапия

Современный стандарт лечения (ASCO 2006).

- *хирургическое - 32%*
- *комбинированное – 23-27%*
(операция + лучевая терапия)
- *комплексное - 10-15%*
(операция + химиотерапия + лучевая терапия)
- *только лучевая терапия - 5%*
- *только гормонотерапия – 3%*
- *гормонотерапия в сочетании с одним из методов - 5-10%*

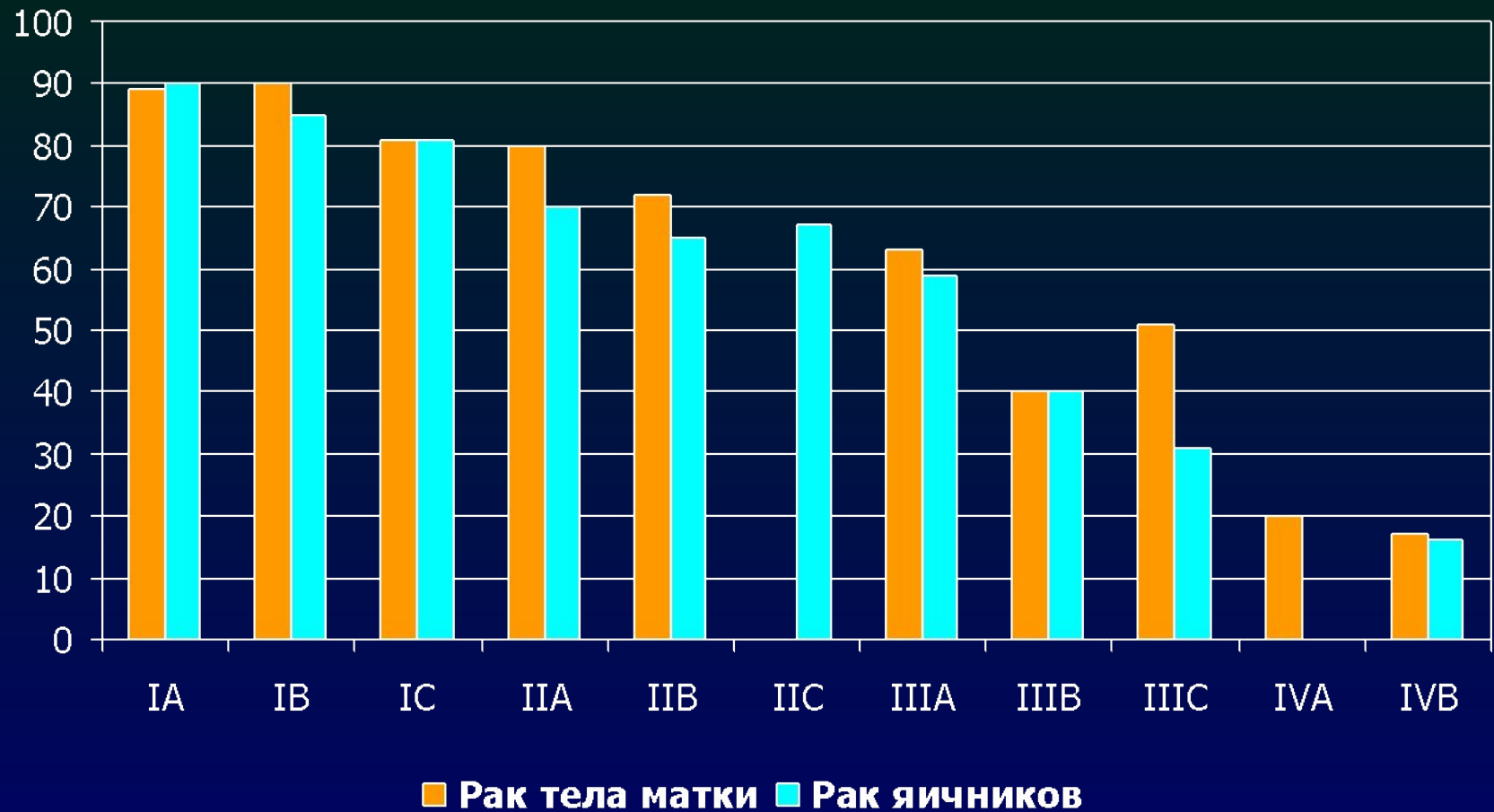


Гормонотерапия РТМ.

- Адьювантная гормонотерапия неэффективна [Lewis G.C. et al, 1974; Kauppila A., 1984; DePalo G. et al, 1985; MacDonald R.R. et al, 1988; Vergote I. et al, 1989]
- Эффективность при диссеминированном раке тела матки и при прогрессировании зависит от:
 - степени дифференцировки опухоли;
 - уровней рецепторов стероидных гормонов в опухоли;
- Частота частичных и полных ремиссий 11—19%, стабилизации 15—52% [Piver et al., 1980; Podratz et al., 1985; Thigpen et al, 1986];
- Эффективность лечения не зависит ни от используемого препарата, ни от режима его назначения.

Результаты лечения

(FIGO Annual Report, 2005)



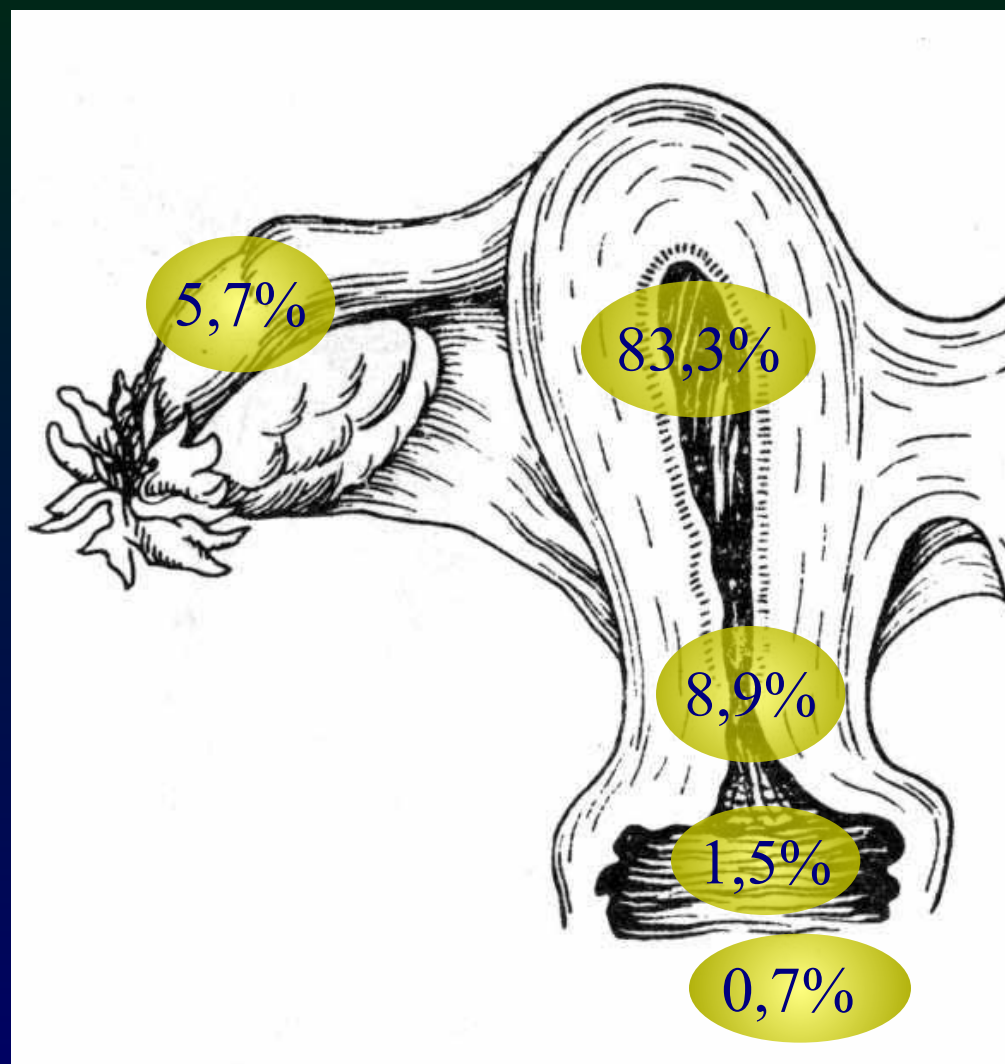
**Злокачественные
мезенхимальные опухоли
женских половых органов
(клиника, диагностика, лечение,
факторы прогноза).**

Классификация сарком матки

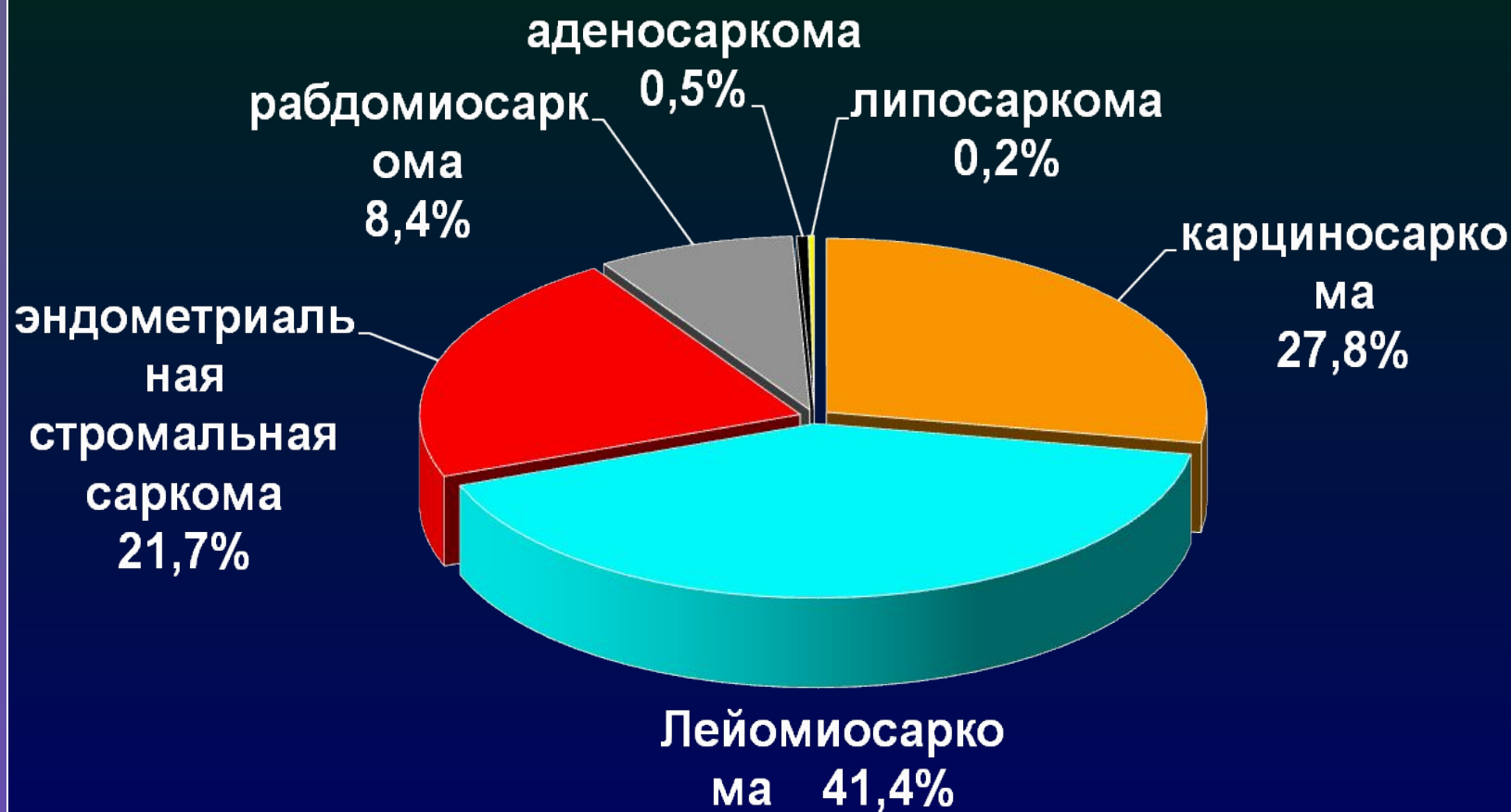
[Kempson R., Bari W. ,1970].

Тип	Гомологические	Гетерологические
Чистые	Лейомиосаркома	Рабдомиосаркома
	Стромальная саркома Эндолимфатический стромальный миоз Ангиосаркома	Остеосаркома Липосаркома Хондросаркома
Смешанные	Злокачественная смешанная мезодермальная опухоль с гомологическим компонентом	Злокачественная смешанная мезодермальная опухоль с гетерологическим компонентом

Локализация сарком женских гениталий



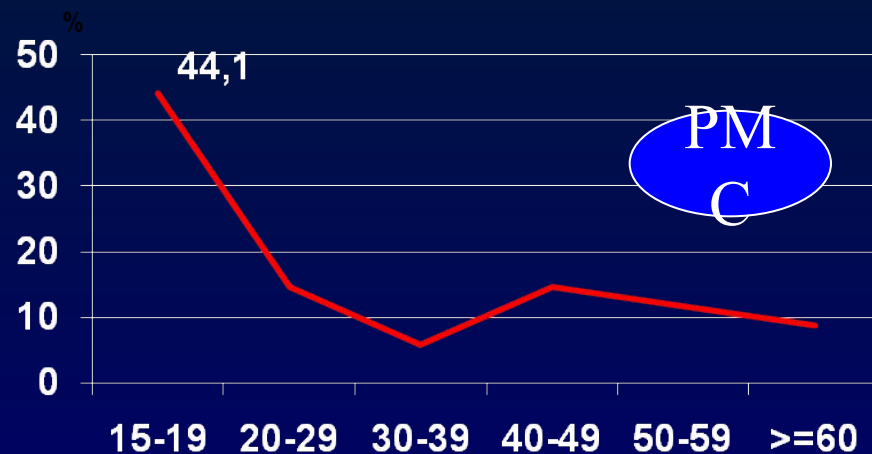
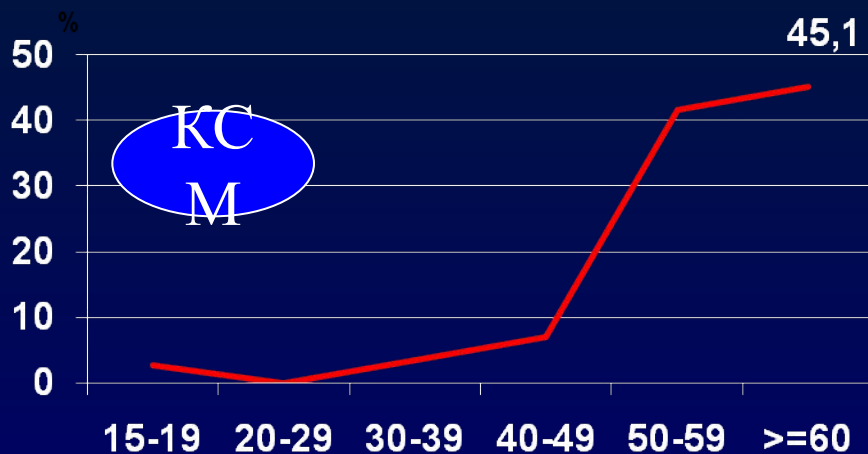
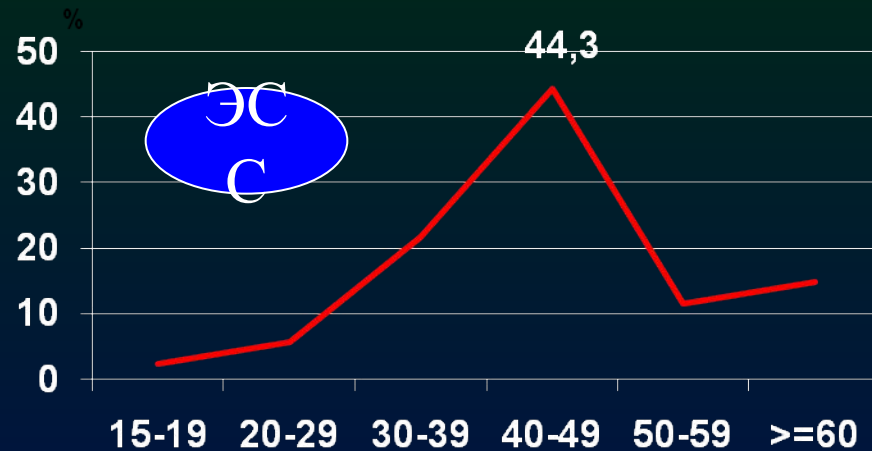
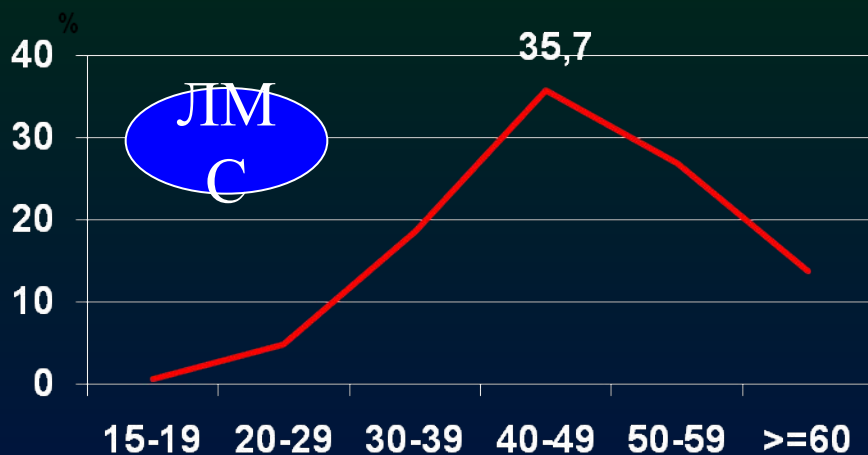
Распределение больных саркомами женских гениталий по гистологической структуре (n=406)



Распределение больных саркомами женских гениталий по стадии заболевания



Распределение больных саркомами женских гениталий в зависимости от возраста

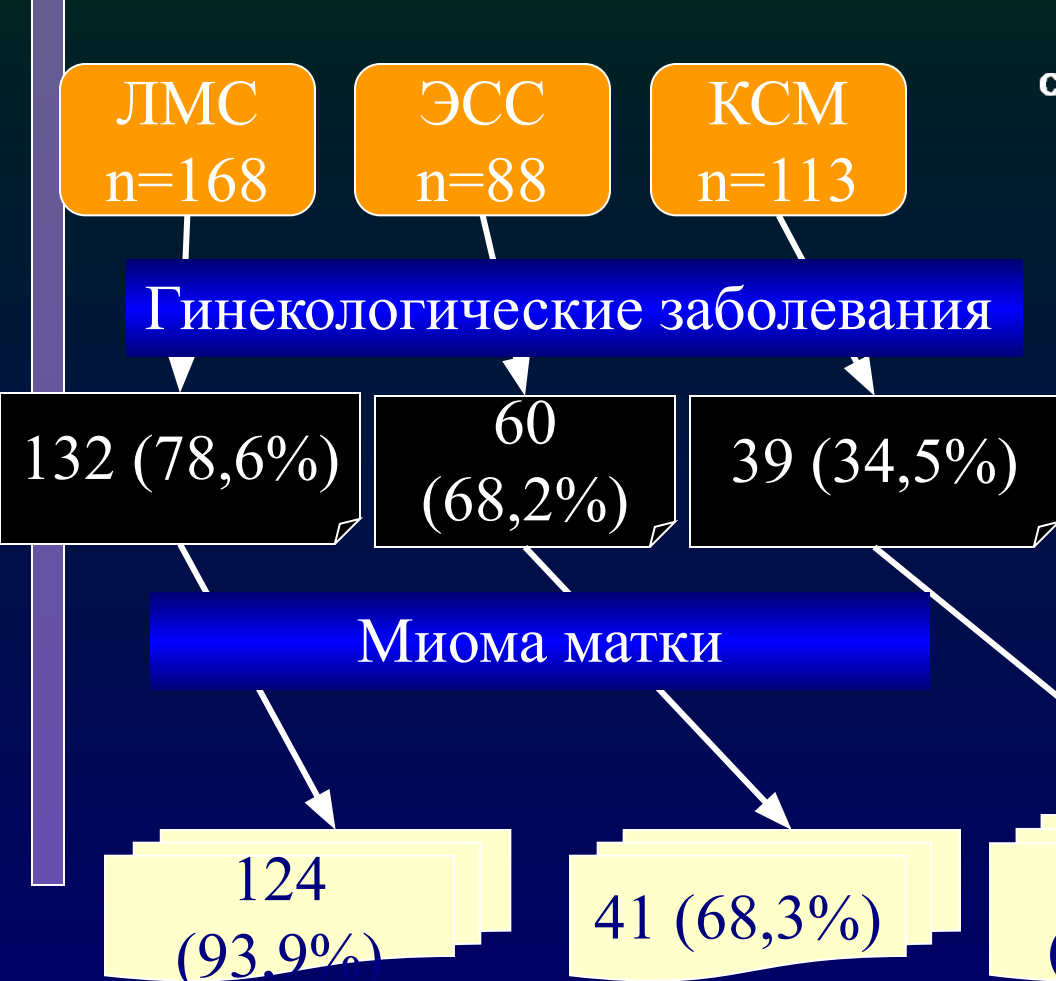


Распределение больных саркомами женских гениталий по возрастным периодам жизни



Частота гинекологических заболеваний у больных саркомами женских гениталий

Структура соматических заболеваний у больных саркомами женских гениталий



Основные клинические симптомы сарком женских гениталий

- Быстрый рост матки
- Кровянистые выделения из половых путей
 - ациклические
 - контактные
 - в постменопаузе
- Боли внизу живота



Лейомиосаркома



ЭСС матки



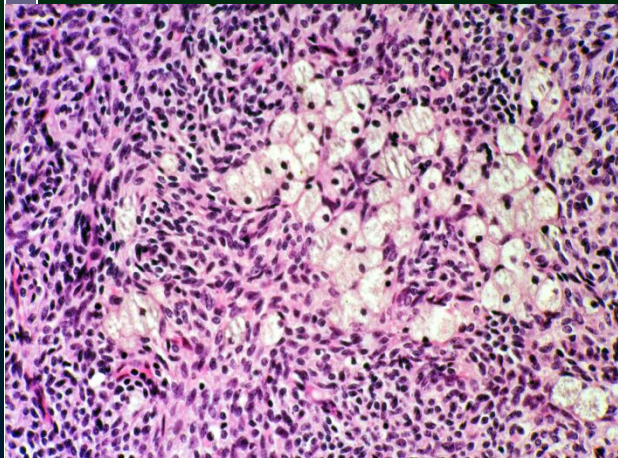
Карциносаркома

Диагностика сарком матки

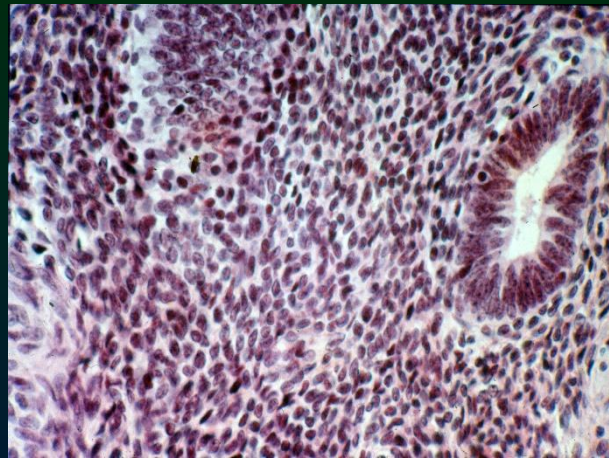
- **Частота верификации диагноза по данным диагностического выскабливания матки**
 - ЛМС – 13,5%
 - ЭСС – 47%
 - КСМ – 68,1%
- **Совпадение послеоперационного диагноза с данными УЗКТ**
 - ЛМС – 25%
 - ЭСС – 85%
 - КСМ – 88%

**27,6% больных ЛМС и
25% больных ЭСС
оперированы с диагнозом
миома матки в
гинекологических
стационарах**

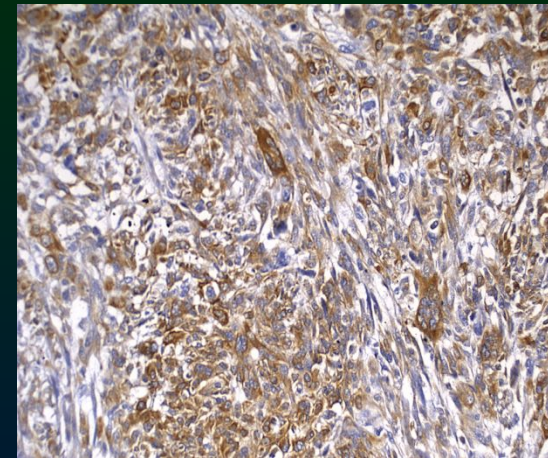
Морфологическая диагностика сарком



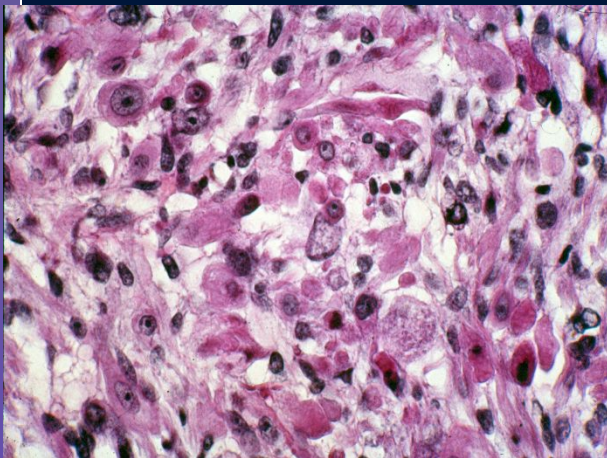
ЭСС



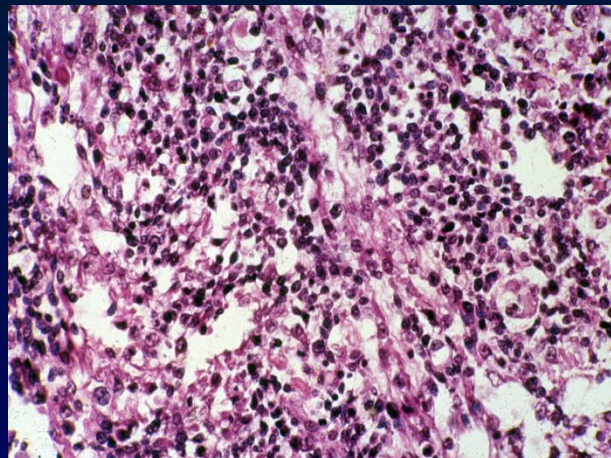
ЭСС



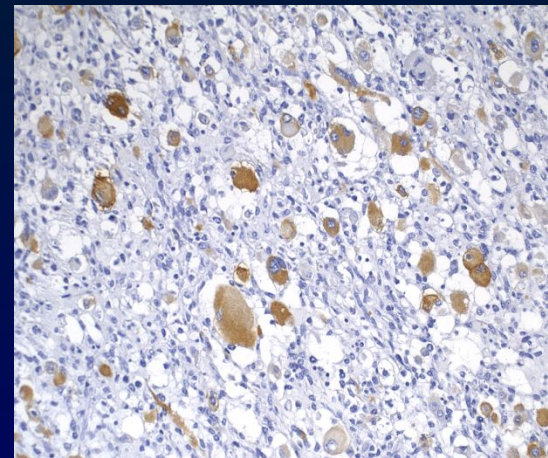
ВИМЕНТИН



РМС

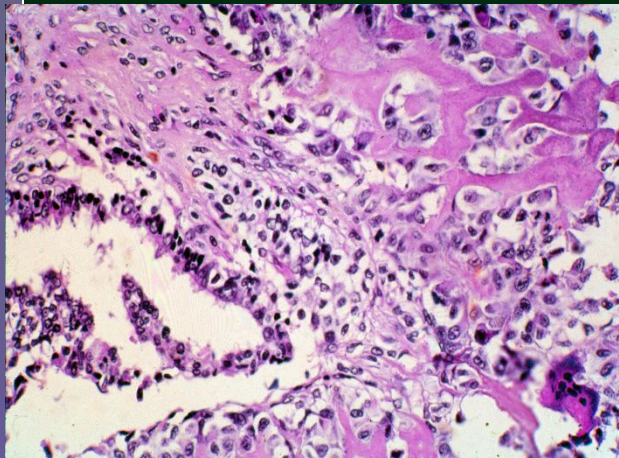


РМС

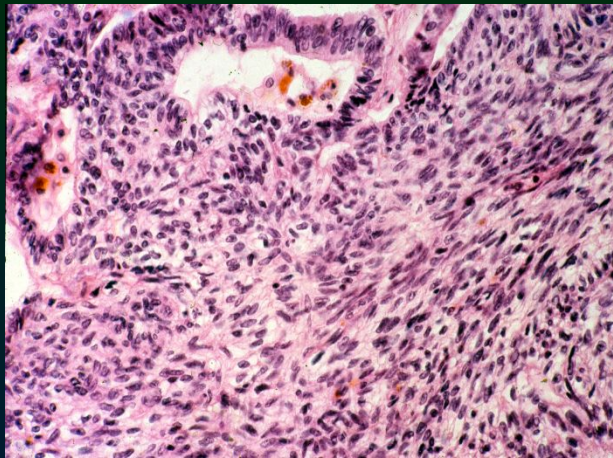


ДЕСМИН

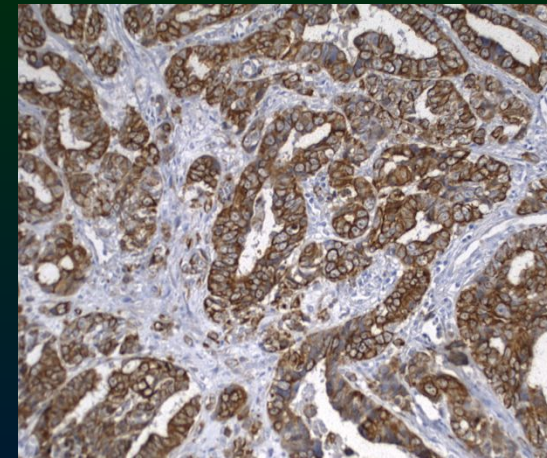
Морфологическая диагностика сарком



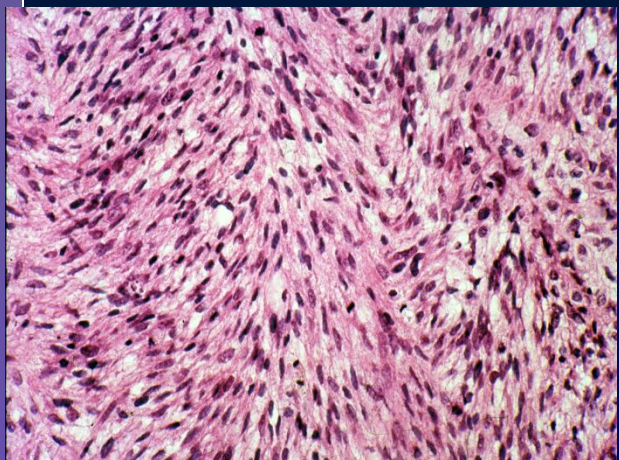
КСМ



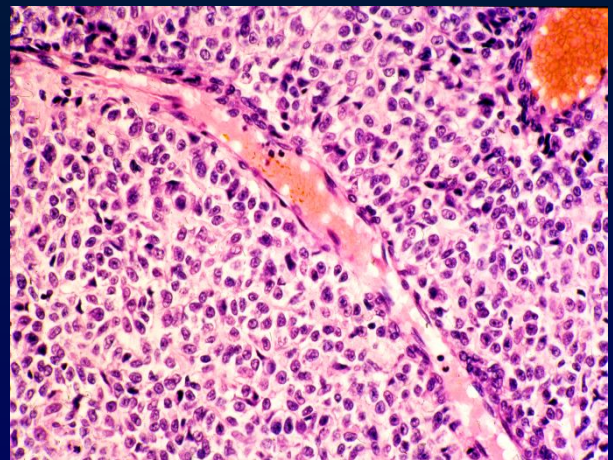
КСМ



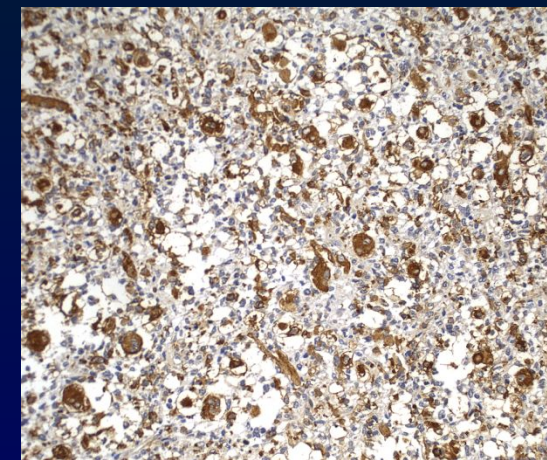
цитокератин



ЛМС

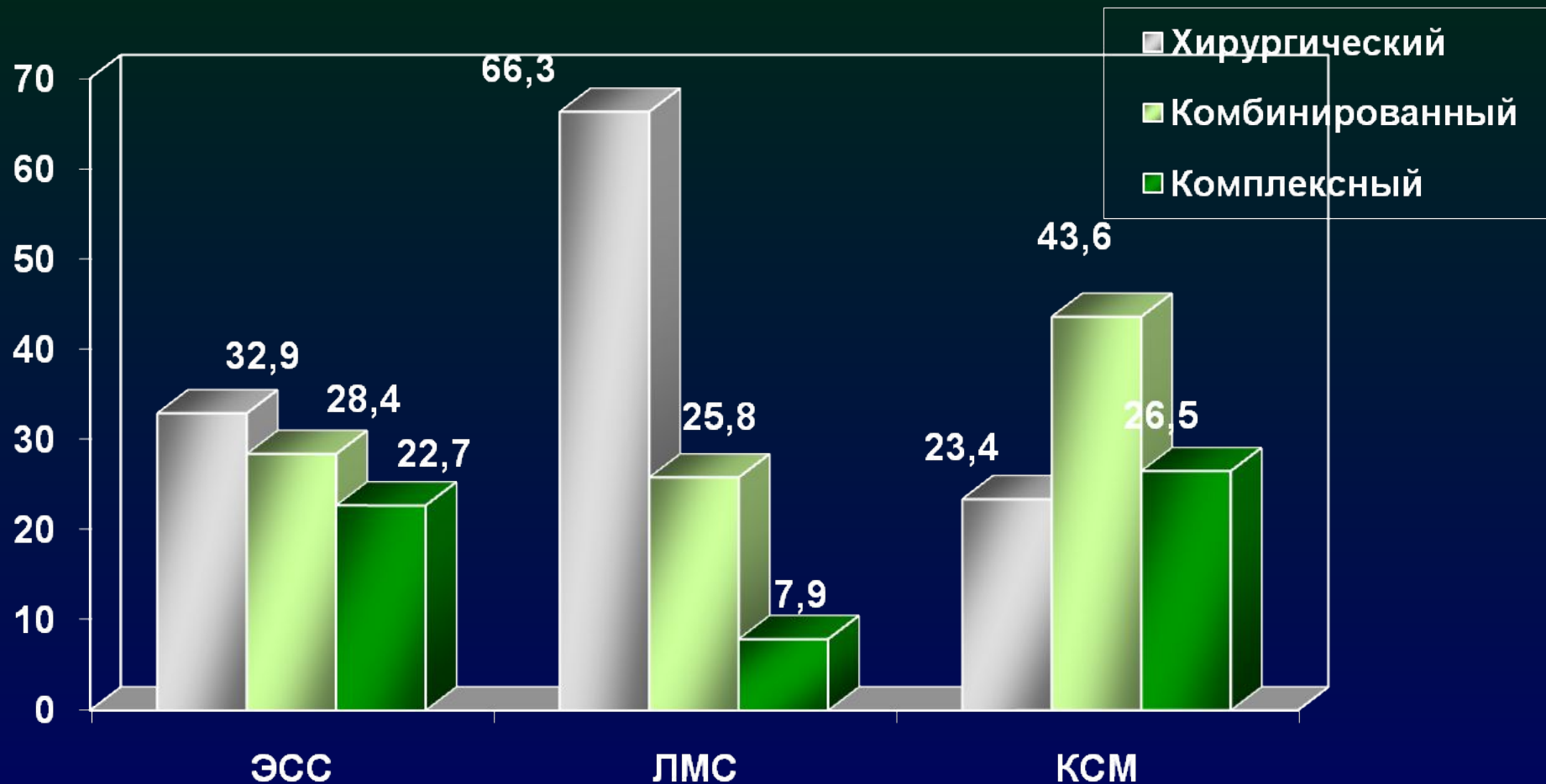


ЛМС

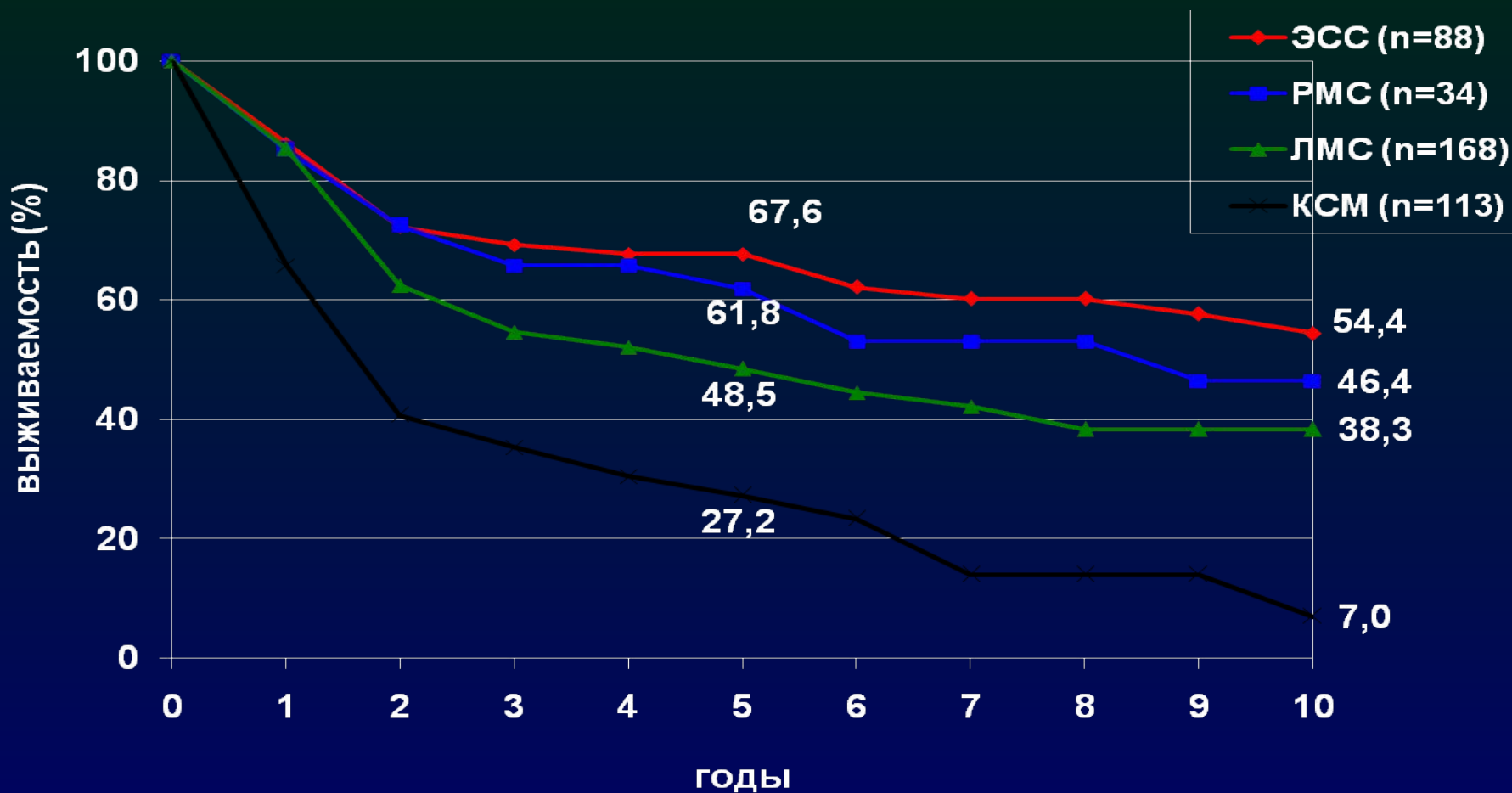


актин

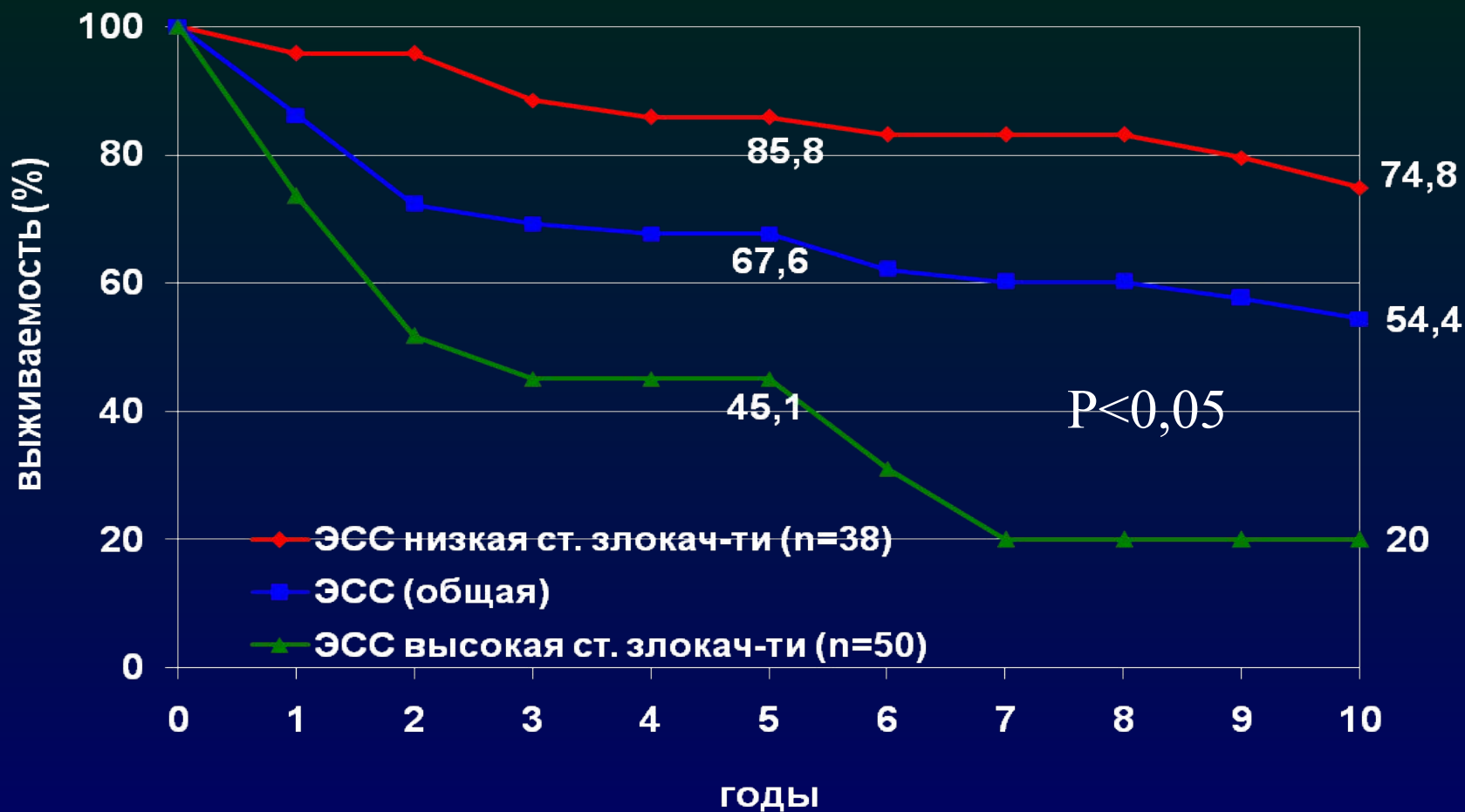
Распределение больных саркомами матки по методам лечения



Общая выживаемость больных саркомаами женских гениталий в зависимости от гистологического типа опухоли



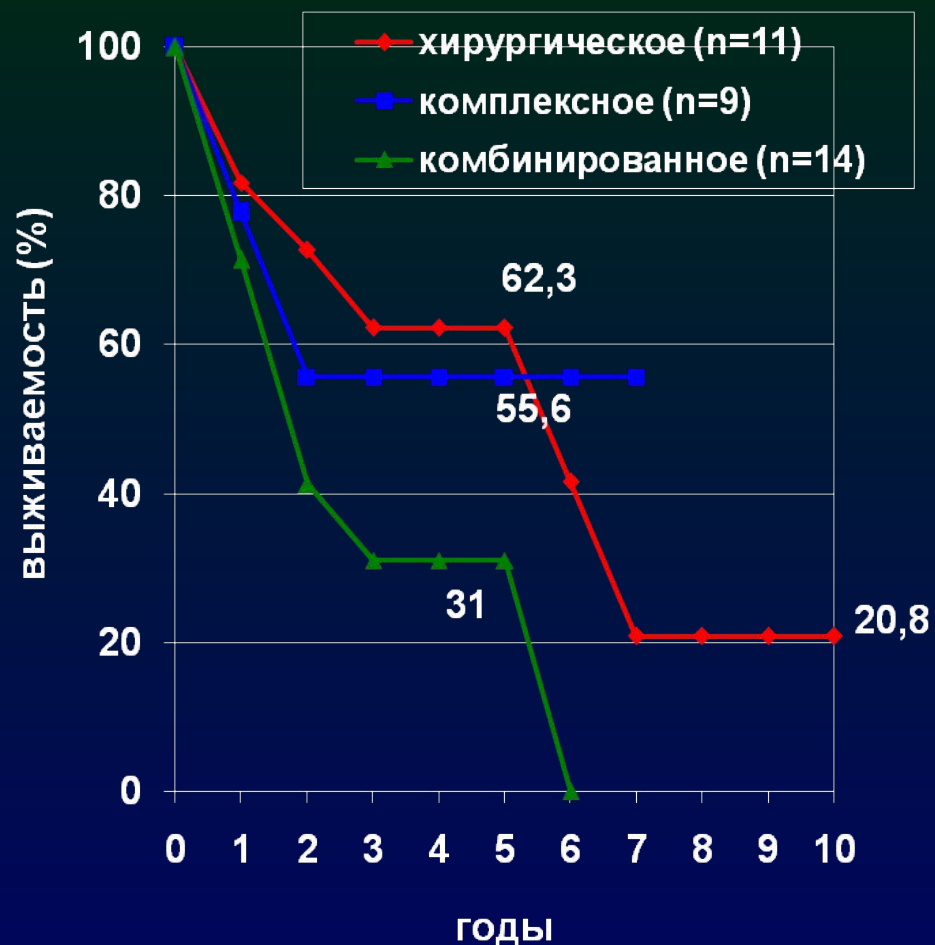
Общая выживаемость больных ЭСС матки в зависимости от степени злокачественности опухоли



Общая выживаемость больных ЭСС в зависимости от проведенного лечения

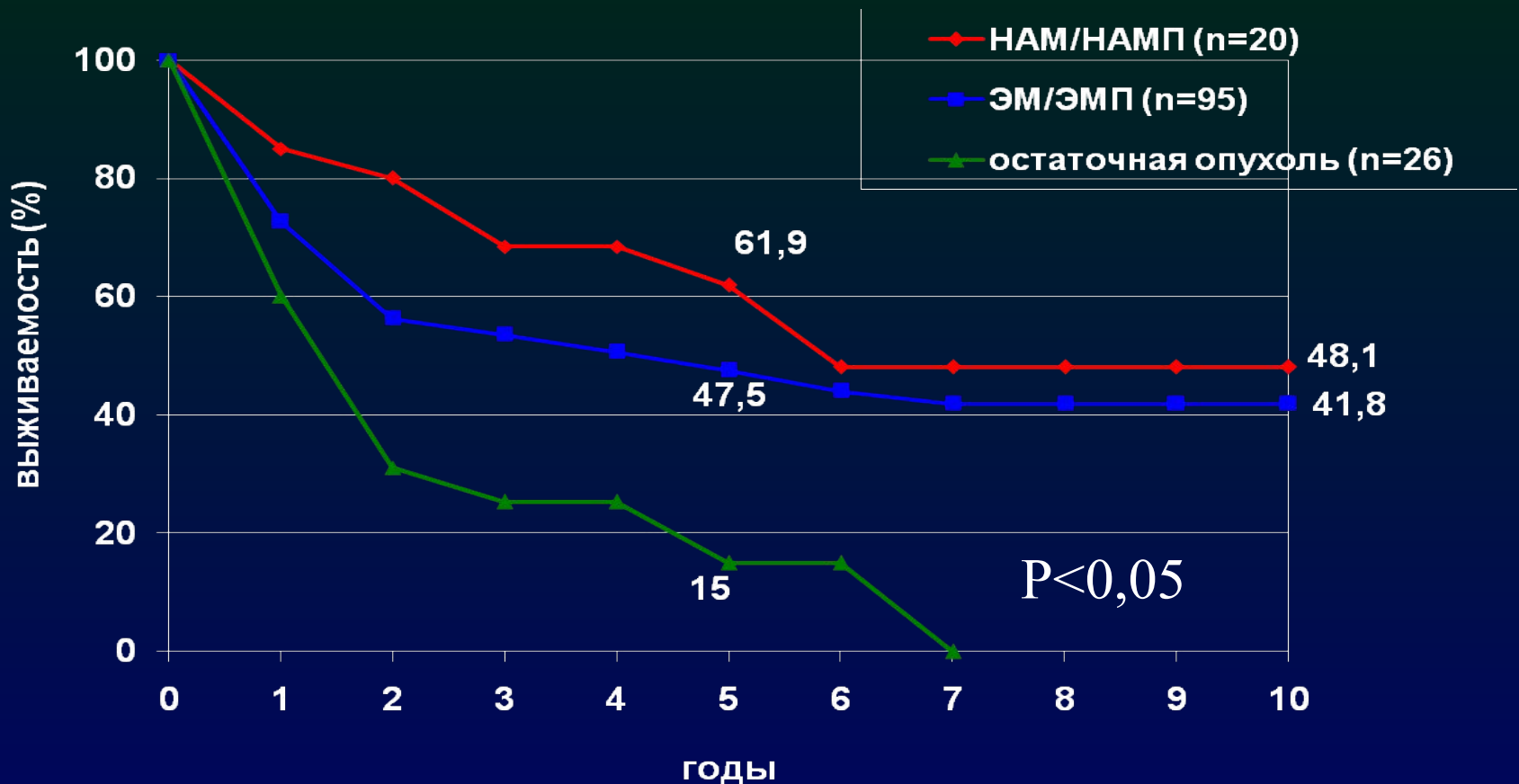


Низкая степень злокачественности
злокачественности

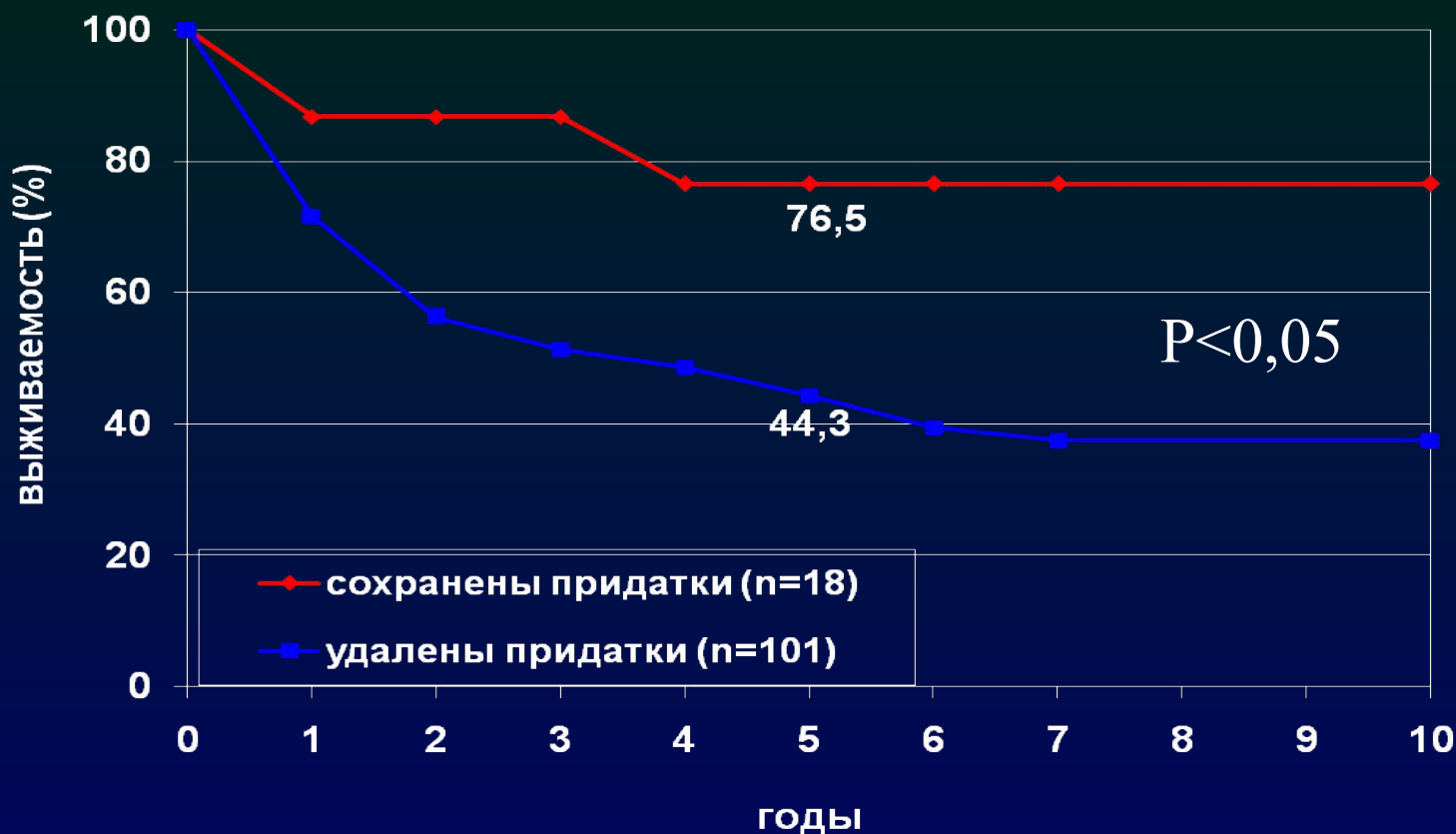


Высокая степень

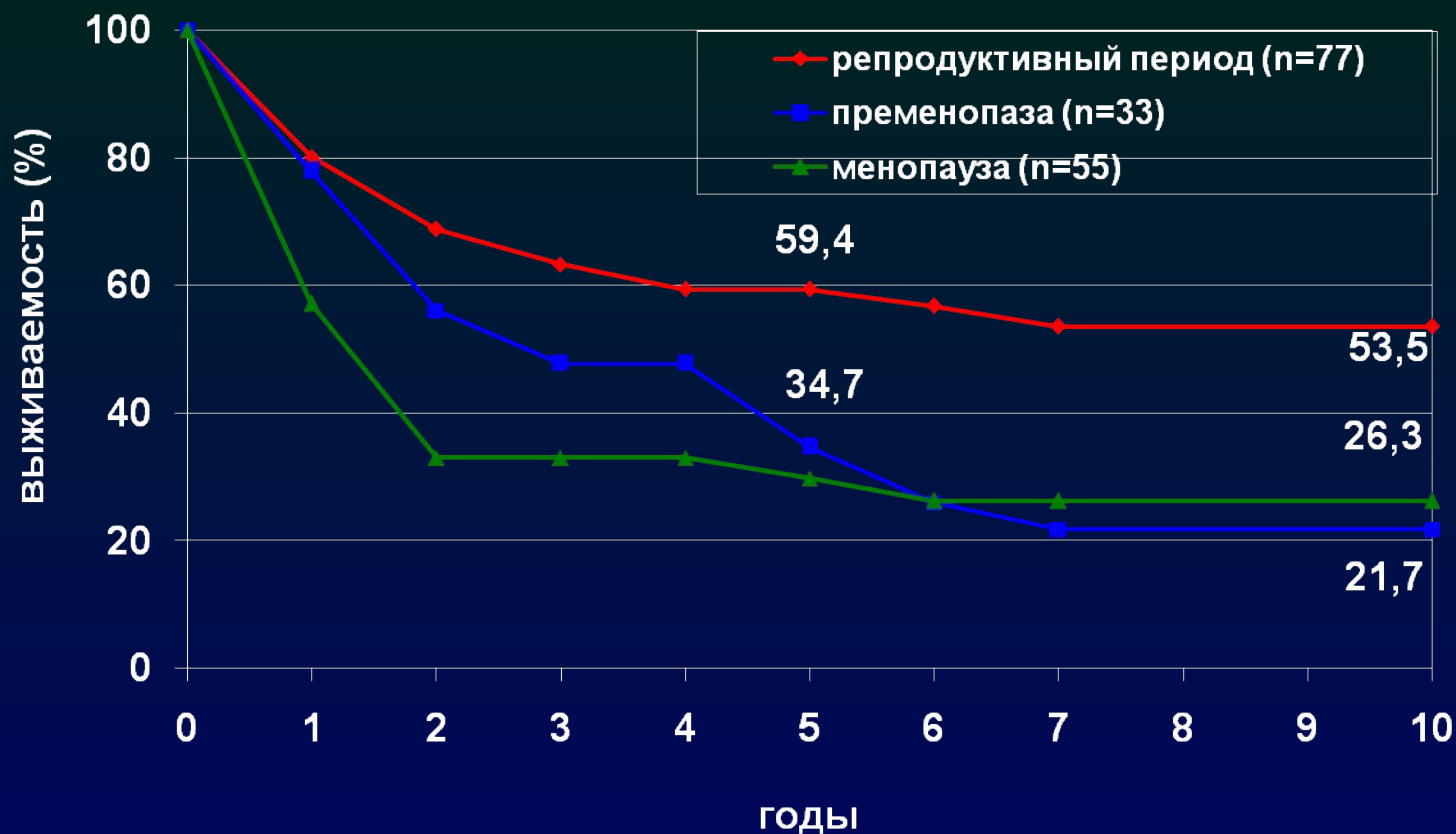
Общая выживаемость больных ЛМС в зависимости от объема операции



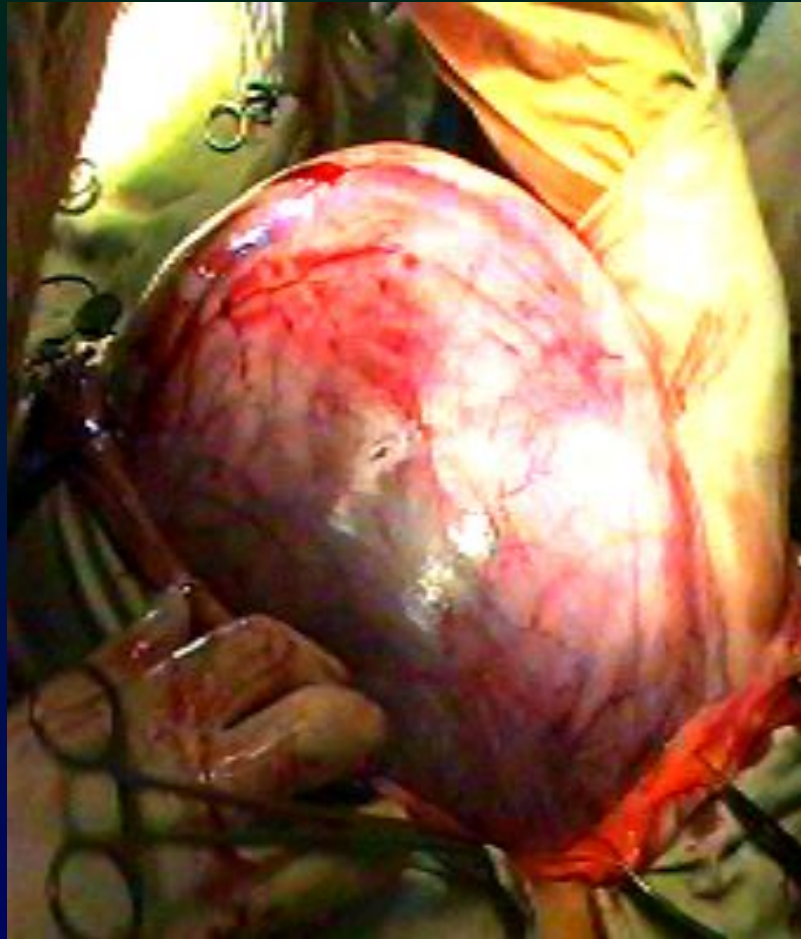
Общая выживаемость больных ЛМС матки в зависимости от объема операции



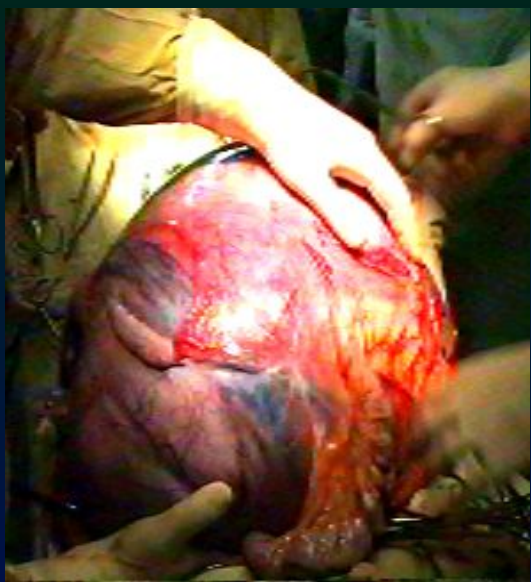
Общая выживаемость больных лейомиосаркомой матки в зависимости от периода жизни



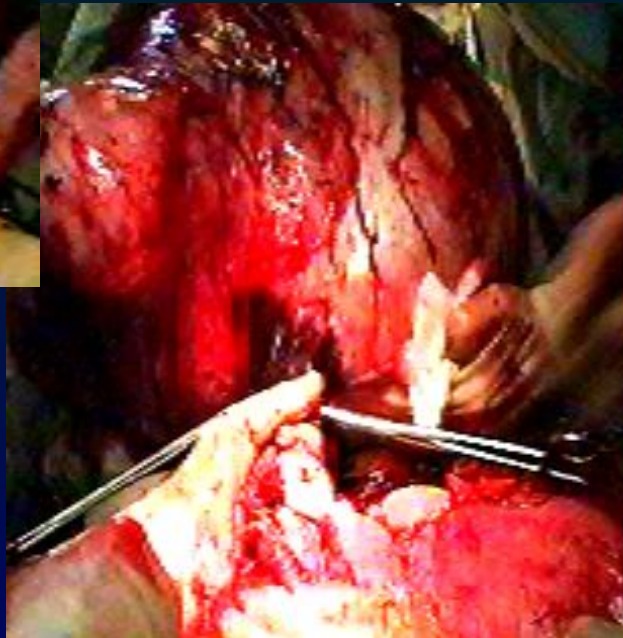
ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



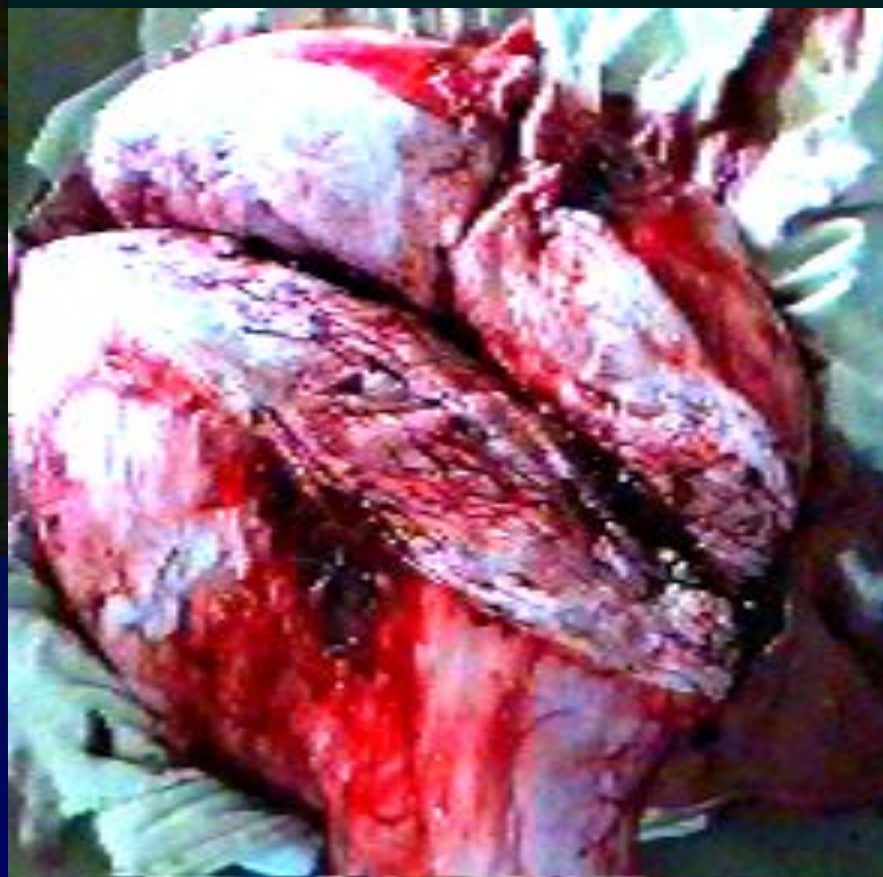
ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



ГИГАНТСКАЯ САРКОМА МАТКИ



Клинико-морфологические факторы прогноза жизни больных лейомиосаркомой матки

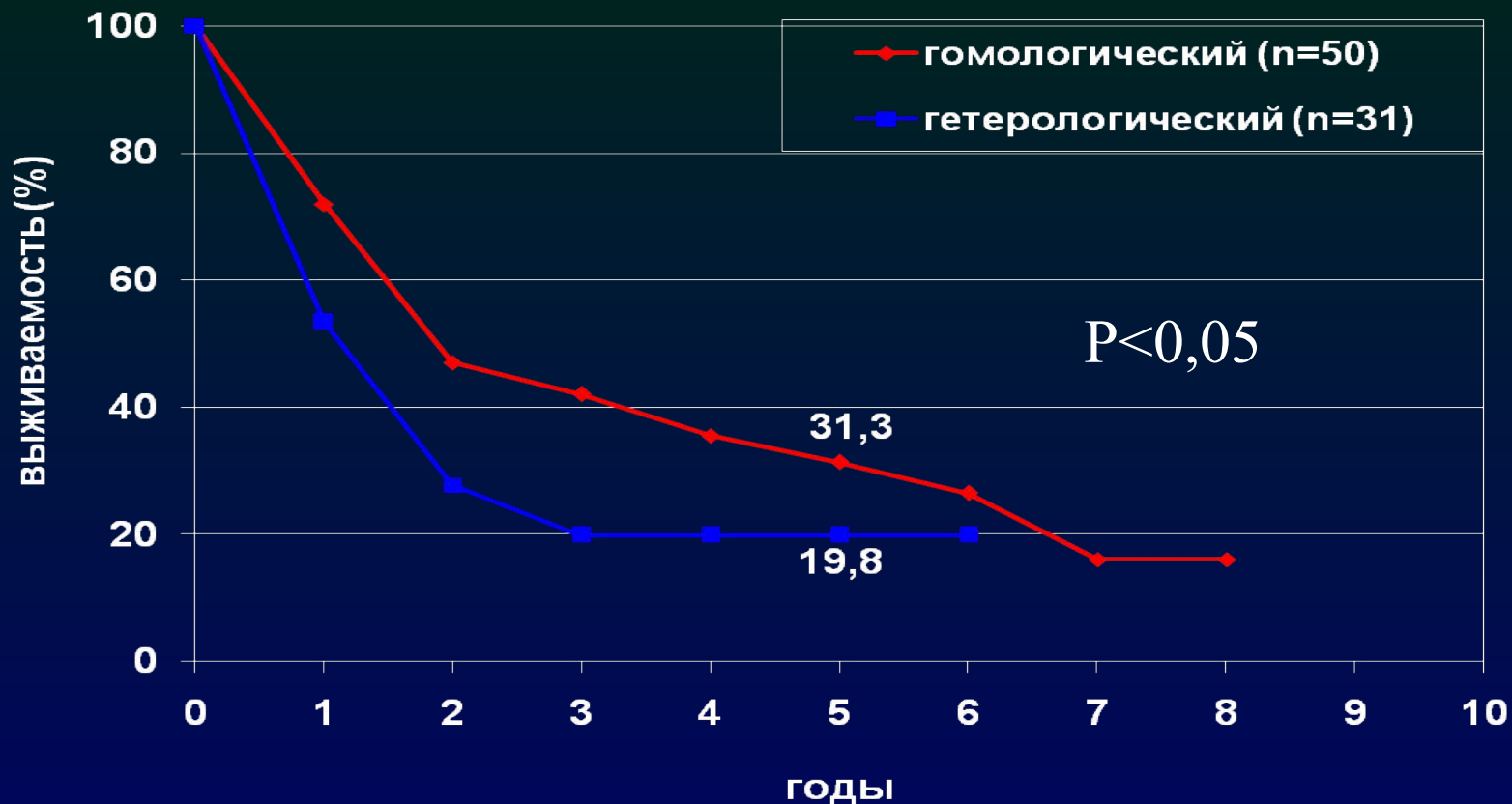
• Благоприятные

- возраст до 29 лет
- I стадия заболевания
- локализация ЛМС в узле миомы
- размеры узла <10 см,
- отсутствие в опухоли некрозов

• Неблагоприятные

- постменопаузальный период жизни
- остаточная опухоль
- глубина инвазии $> \frac{1}{2}$,
- число митозов > 10 в 10 полях зрения
- размер опухоли > 10 см,
- некрозы в опухоли

Общая выживаемость больных КСМ матки в зависимости от саркоматозного компонента опухоли



Клинико-морфологические факторы прогноза жизни больных КСМ матки

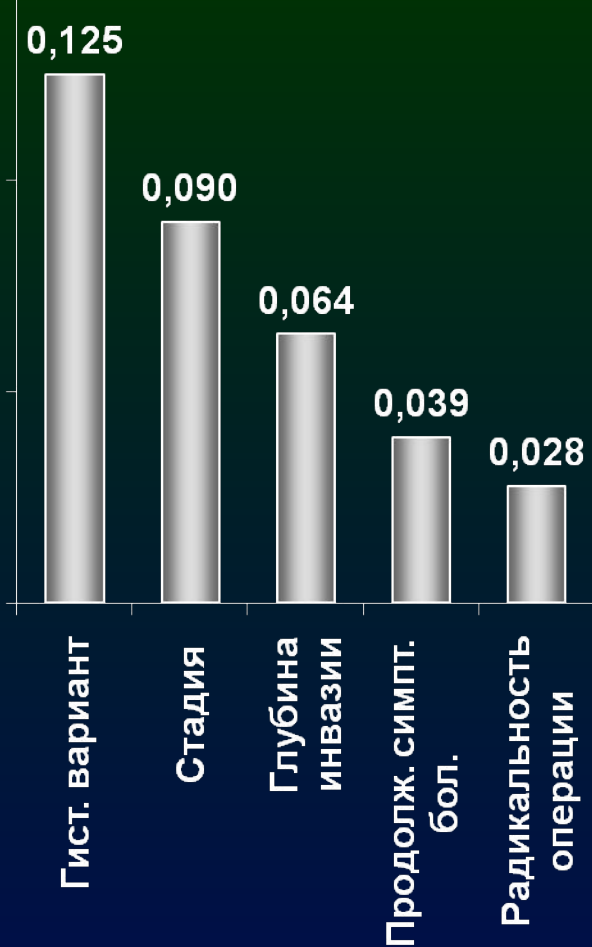
• Благоприятные

- I стадия заболевания,
- радикально выполненная операция
- гомологический мезенхимальный компонент опухоли
- глубина инвазии $< 1/2$,

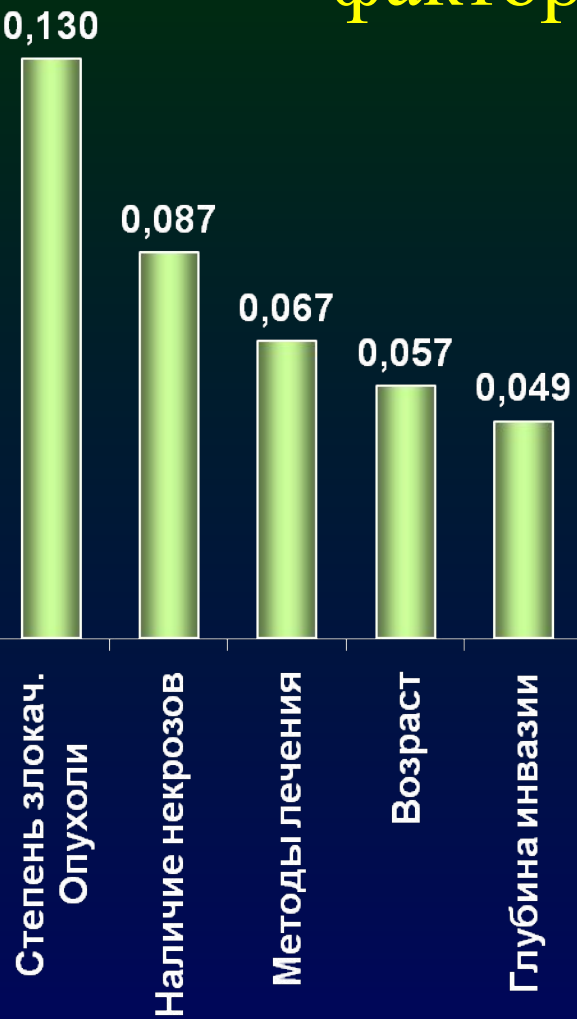
• Неблагоприятные

- распространение опухоли за пределы матки
- остаточная опухоль
- гетерологический компонент опухоли,
- глубина инвазии $> 1/2$,

Информативность факторов прогноза



КСМ

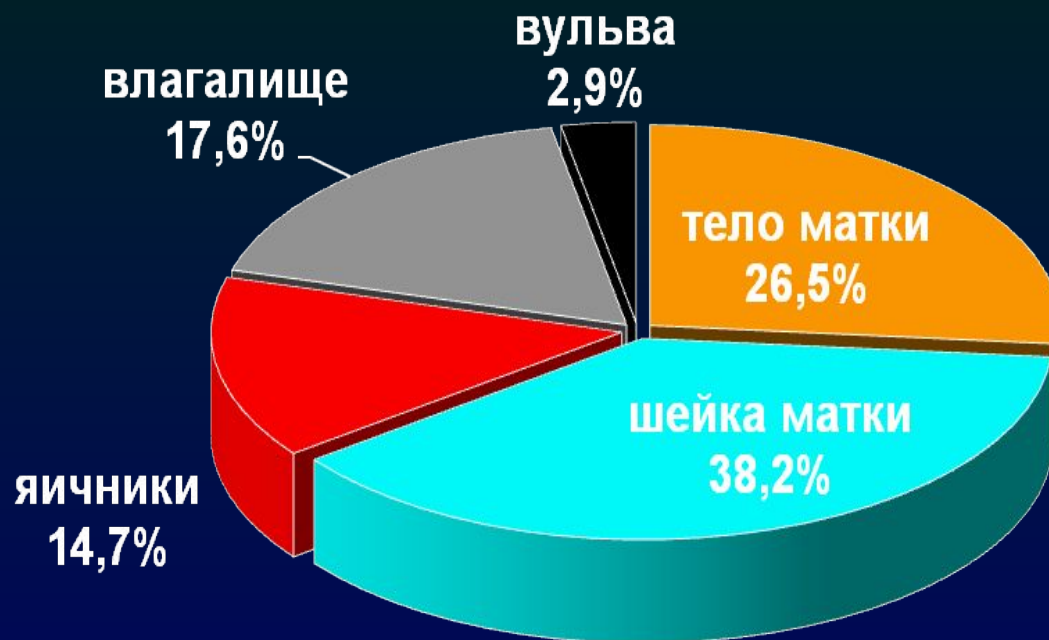


ЭСС



ЛМС

Распределение больных рабдомиосаркомой по локализации опухоли

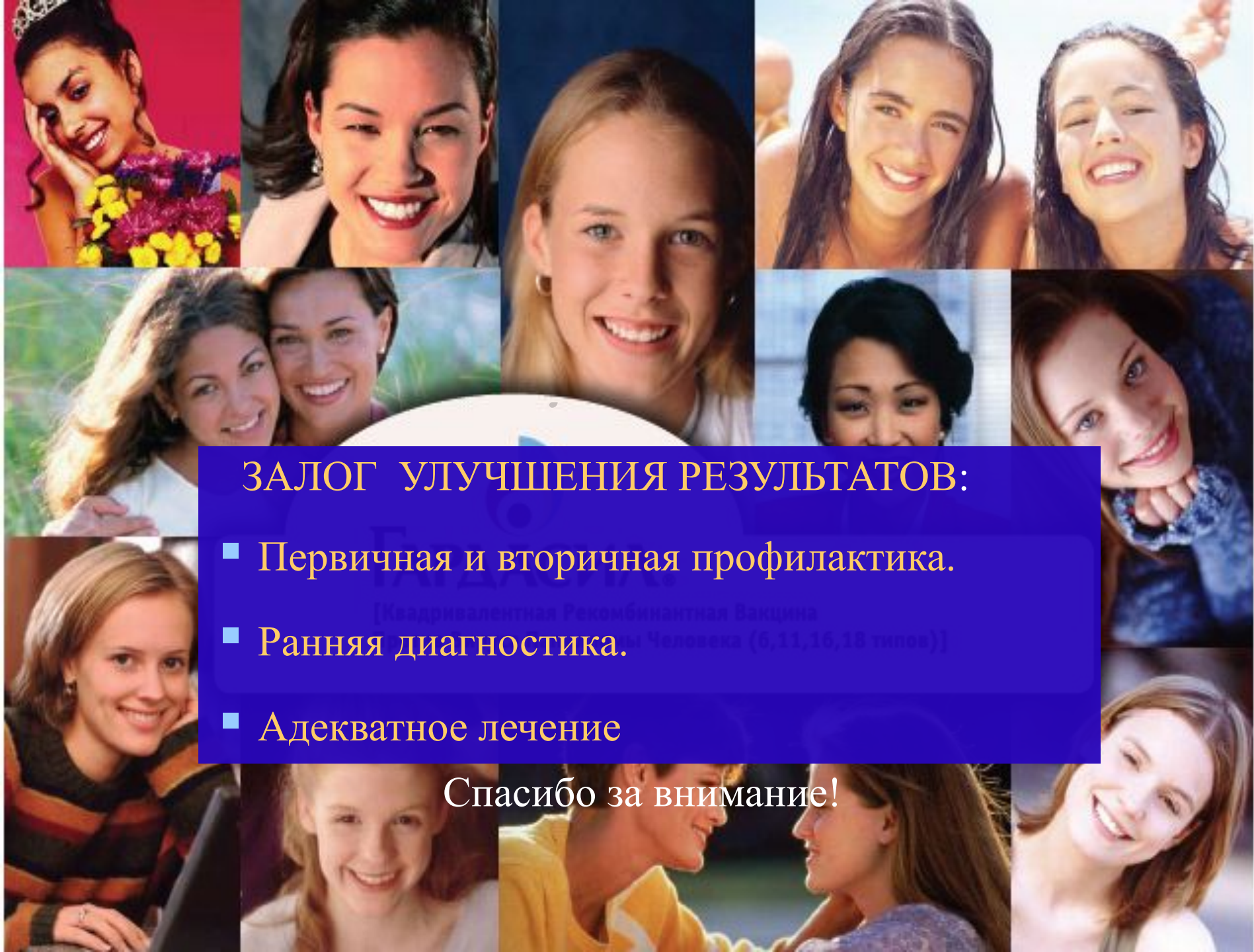


Литература:

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М.// Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007г, Вестник Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН №3, том 17, 2006 г., стр.15
2. N. Karnik Lee, H. Wu, M. K. Cheung, K. Osann // The impact of lymphadenectomy in women with endometrioid uterine cancer: A study of 39,396 women. ASCO 2006, abs. 5000
3. Creasman W.T., Odicino F., Maisonneuve P., et.al. Carcinoma of the corpus uteri.//Int.J.Gynaecol Obstet. 2003;83(suppl 1): 79-118
4. Fleming G., Brunetto V., et.al. Randomized trial doxorubicin plus cisplatin versus doxorubicin plus paclitaxel plus granulocyt colony stimulating factor in patient with advance or recurrence endometrial cancer: a report GOG Protocol 163//Proc. ASCO 1993, v 12, p.261
5. Thigper T, Bessing J., Homesley et.al., Phase III trial of doxorubicin +/- cisplatin in advanced or recurrent endometrial carcinoma GOG study// Proc.Amer. Soc.Clin. Oncol. 1993.v.12 p. 261
6. Fleming G.// Systemic management of high-risk endometrial carcinoma., ASCO 2006, p. 305-307
7. Ito K, Adachi S, Itani Y, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel and carboplatin for endometrial cancer: results of a Kansai Clinical Oncology Group trial in Japan. Proc Am Soc Clin Oncol. 2004;23:468a. Abstract 5085.
8. Homesley HD, Blessing JA, Sorosky JI, et al. Phase II trial of liposomal doxorubicin disseminated endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. Proc Am Soc Clin Oncol. 2005;23:459s. Abstract 5019.
9. Gallion H.H., van Nagell J., Powell D., et.al. Stage I serous papillary carcinoma of the endometrium. Cancer 1989; 63; 2224-2228
10. Kauppila A., Progesterin therapy of endometrial, breast and ovarian carcinoma: a review of clinical observations. //Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 1984; 63; 441-450
11. Creutzberg C.L., van Putten W. Koper P., et.al. Surgery and postoperative radiotherapy versus surgery alone for patients with stage I endometrial carcinoma: multicentre randomized trial. PORTEC study Group Post operative radiation therapy in endometrial carcinoma. Lancet. 2000; 355; 1404-1411
12. Keys H. M., Roberts J., et.al. A phase III trial of surgery with or without adjunctive external pelvic radiation therapy in intermediate risk endometrial adenocarcinoma: GOG study // Gynecol. Oncol. 2004; 92: 744-751
13. Morron C., Bundy B., Homesley H., et.al. Doxorubicin as an adjuvant following surgery and radiation therapy in patients with high – risk endometrial carcinoma, stage I and occult stage II: GOG study. Gynecol.Oncol. 1990;36;166-171.
14. Randall M., Filiaci V., Muss H., et.al. Randomized phase III trial of whole-abdominal irradiation versus doxorubicin and cisplatin chemotherapy in advanced endometrial carcinoma: GOG study. J.Clin. Oncol. 2006; 24: 36- 44
15. McMeekin D., Filiaci V., Thigper J., et.al. Importance of histology in advanced and recurrent endometrial cancer patients participating in 1-line chemotherapy trials: GOG trial. Gynecol. Oncol. 2005; 96;940
16. Fleming G. Systemic management of high –risk endometrial carcinoma. ASCO 2006.,304- 307
17. Sagae S., Udagawa Y., Susumu N., et.al. JGOG 2033: randomized phase III trial of whole pelvic radiotherapy versus cisplatin –based chemotherapy in patients with intermediate risk endometrial carcinoma. J.Clin. Oncol. 2005; 23(16S):455s.
18. Lee T., J. Jung, J. Kim et.al.// Feasibility of ovarian preservation in patients with early stage endometrial carcinoma: A retrospective study. ASCO 2006 abs. 1506A. Markman M. // Developments in the Management of Endometrial and Cervical Cancer XVIII FIGO 2006, book3, 36-40

- «Индивидуализацию лечения не следует понимать как произвольное и неограниченное применение различных методик, а как умение разумно и уместно подбирать наилучшие стандартные приемы, оправдавшие себя при строго определенных условиях и показаниях»

В.П. Тобилевич (1961)



ЗАЛОГ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ:

- Первичная и вторичная профилактика.
- Ранняя диагностика.
- Адекватное лечение

Спасибо за внимание!